

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ACHILLE GAUTHIER

Né à Montigny (Aube) le 17 Février 1864

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Sur la Rupture de la Grossesse Tubaire
et l'Avortement Tubaire

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM.

{	BALLET.
	NÉLATON.
	BAR.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ACHILLE GAUTHIER

Né à Montigny (Aube) le 17 Février 1864

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Sur la Rupture de la Grossesse Tubaire
et l'Avortement Tubaire

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. { *BALLET.*
NELATON.
BAR.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
SCCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4. Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	N....
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrévés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR DE SAINT-GERMAIN

Chirurgien à l'hôpital des Enfants malades

M. LE PROFESSEUR HAYEM

Membre de l'Académie de Médecine, Médecin à l'hôpital St-Antoine

M. LE DOCTEUR GINGEOT

Médecin à l'hôpital Laennec

A MES MAÎTRES DANS L'INTERNAT

M. LE DOCTEUR RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien à l'hôpital St-Louis

M. LE DOCTEUR DREYFUS-BRISAC

Médecin à l'hôpital Laennec

M. LE DOCTEUR SEVESTRE

Médecin à l'hôpital Trousseau

M. LE DOCTEUR BAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Accoucheur à l'hôpital St-Louis

M. LE DOCTEUR LEJARS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien du Bureau Central

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Membre de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

La connaissance de la grossesse extra-utérine n'est pas de date récente, mais elle est restée longtemps imparfaite à cause des moyens défectueux d'examen et d'observation que l'on avait et son étude n'est guère entrée dans une voie vraiment scientifique que depuis l'avènement de la chirurgie abdominale ; surtout à l'étranger, où la grossesse ectopique semble bien plus fréquente que chez nous, elle est l'objet de travaux nombreux et il ne se passe guère de semaines sans que leurs journaux nous en apportent des observations.

Tout d'abord, il nous a paru intéressant de rassembler ce que l'on avait fait sur l'anatomie de la trompe gravide, sur les modifications physiologiques dues au développement d'un œuf, de savoir si tous ces phénomènes étaient les mêmes que dans la grossesse utérine. La connaissance des

conditions anatomiques normales nous semble nécessaire pour comprendre ce qui s'y passe à l'état pathologique.

Sous l'influence de la croissance de l'œuf, la trompe arrive, entre la quatrième et la douzième semaine, à se rompre et donne ainsi lieu à des accidents redoutables qui se terminent le plus souvent par la mort. Quel est le mécanisme de cette rupture? Survient-elle grâce au volume toujours croissant de l'œuf ou par des hémorrhagies qui se font au niveau du sinus placentaire? Une fois le fœtus mort, le placenta ne disparaît pas toujours : continue-t-il à vivre et à croître, comme le prétend L. Tait? Autant de questions que nous chercherons à résoudre.

Il semble cependant que la trompe ne se rompe pas toujours, même s'il y a des accidents qui simulent la rupture; en parcourant les observations françaises, on trouve un certain nombre d'autopsies, où il n'est fait aucune mention de déchirure des parois, on les note même comme intactes, et l'on a retrouvé l'œuf, cause des accidents, soit au milieu des caillots de l'hématocèle, soit à l'orifice de la trompe; mais ce fait n'a pas été dégagé comme processus distinct de la rupture et c'est

Werth qui, le premier, en 1887, en fit une étude spéciale sous le nom d'avortement tubaire ; depuis, beaucoup de faits semblables ont été publiés en Angleterre et en Amérique aussi bien qu'en Allemagne.

Ce que l'on connaissait le mieux de la grossesse extra-utérine, c'était sa symptomatologie, nous n'y insisterons que pour dégager certaines formes cliniques un peu obscures de rupture, et pour chercher s'il n'y a pas lieu d'accorder un pronostic différent à la rupture et à l'avortement.

ANATOMIE DE LA TROMPE GRAVIDE

L'œuf fécondé qui s'arrête dans la trompe peut en occuper toutes les parties, depuis l'orifice utérin jusqu'aux franges du pavillon. Il se fixe le plus souvent dans un des sillons que limitent les replis de la muqueuse, rarement sur ceux-ci (Zedel), plus rarement encore dans un diverticule du canal (Klein).

Dès lors il va survenir, dans la trompe et les organes génitaux, des transformations, peu étudiées chez nous, et qui sont de la plus haute importance. Le vagin et l'utérus même subissent l'influence reflexe de cette gestation, il s'y passe les mêmes phénomènes, mais réduits, que si elle était intra-utérine. Le vagin devient plus ample, plus humide, il prend une couleur plus foncée, violacée. L'utérus, dans presque tous les cas, augmente de volume à mesure que la grossesse se développe, mais sans atteindre le volume d'une grossesse normale de même âge. Ses parois musculaires deviennent plus épaisses, sa cavité plus grande; il se ramollit dans son segment inférieur. La modification la plus intéressante est celle qui se produit sur la muqueuse. La muqueuse subit le même travail que dans la grossesse normale, elle se transforme en caduque dont les

caractères histologiques sont les mêmes dans les deux cas. La formation de cette caduque est un élément précieux de diagnostic. Rarement elle reste jusqu'à la fin de la gestation, elle est expulsée quand le fœtus meurt; souvent elle se détache dans les premiers temps de la grossesse en petits fragments sans qu'il y ait de douleurs, quelquefois elle sort en masse présentant tous les symptômes d'un avortement. Quand dans une trompe gravis survient quelque incident, hémorrhagie ou rupture, il se produit une perturbation dans l'utérus, et la caduque se détache. Cette caduque représente la forme de l'utérus, sa surface externe est rugueuse, l'interne lisse, unie et présente une multitude de points qui sont les orifices des glands.

Il se fait une vascularisation très remarquable des annexes qui sont le siège de la gestation, qui contrastent souvent avec celles du côté sain. Les vaisseaux se multiplient et se dilatent dans le ligament large, surtout au point d'implantation de l'œuf, et une petite déchirure pourra devenir le point de départ d'une hémorrhagie grave.

La trompe s'épaissit d'une façon générale par hypertrophie de tous ses éléments, surtout de la couche musculaire, mais cette augmentation de la musculature n'est pas parallèle à celle de l'utérus et s'arrête bientôt. De plus il y a de l'infiltration séreuse des tissus.

En augmentant de volume la trompe devient flexueuse et on l'a vue se contourner en limaçon, aller s'attacher au fond de l'utérus et même au rectum.

Elle peut être dilatée d'une façon uniforme et on l'a comparée à un boudin.

Au point d'implantation de l'œuf se montre une

tuméfaction d'abord fusiforme, qui augmente progressivement et bientôt forme un renflement circonscrit très net. Si l'œuf reste dans l'ampoule de la trompe, il tombe bientôt dans la cavité de Douglas et donne au doigt la sensation d'une tumeur molle et classique que l'on a confondue avec la rétroversion d'un utérus gravide ou un kyste de l'ovaire.

Les orifices de la trompe sont tantôt perméables, tantôt fermés. Si l'on fait une coupe longitudinale la trompe peut n'être altérée qu'en un point très limité au niveau du kyste; le plus souvent il y a des lésions de salpingite plus ou moins accusée.

Le pavillon de la trompe subit des transformations curieuses qui en amènent la fermeture vers la fin de la huitième semaine. Pendant le premier mois il y a congestion et turgescence du pavillon comme de tout l'organe; quand cette région est ainsi gonflée, les limites du péritoine adjacent sont très nettes et forment un cercle irrégulier autour des franges. Dans les quinze jours qui suivent, ce cercle fait saillie vers les franges, s'y accolle et à la fin contracte des adhérences qui ferment hermétiquement cet orifice (Bland Sutton).

Dues à des inflammations anciennes ou à la congestion du début, on rencontre souvent des néo-membranes qui cachent la trompe et établissent des adhérences du sac fœtal avec les viscères voisins. Ces néo-membranes doivent jouer un grand rôle dans l'enkystement précoce de l'épanchement péritubaire; elles immobilisent la tumeur extra-utérine, et elles peuvent amener des difficultés très graves au moment de l'opération. Dans un cas l'hémorrhagie secondaire qui résulta de de leur déchirure, amena la mort de la malade. D'autres

fois ces néo-membranes accidentelles, en tiraillant sur le sac, peuvent en amener la rupture (Kaltenbach).

— Les modifications microscopiques de la trompe gravide et de l'œuf ont été surtout bien étudiées par Zedel dans un mémoire récent. C'est surtout d'après lui que nous les décrirons.

En dehors du sac fœtal. — La muqueuse est fortement altérée, elle est infiltrée de petites cellules. Les franges sont hypertrophiées et présentent des ramifications plus grandes et plus nombreuses.

L'épithélium est le plus souvent modifié et même détruit. Sa forme s'aplatit et devient cubique, les cils vibratiles disparaissent. Cependant l'épithélium peut rester intact, et présenter encore ses cils. Zedel et J. Veit ont vu sur des trompes qui venaient d'être enlevées un mouvement très actif des cils vibratiles.

Le canal de la trompe peut contenir du sang, véritable hémato-salpinx. On a trouvé du pus dans l'extrémité utérine. Beaucoup se sont demandé si ces lésions de salpingite ne seraient pas la cause de la grossesse tubaire. Zedel croit, et Werth n'est pas éloigné de penser comme lui, que la salpingite préexiste bien à la grossesse, mais que celle-ci en augmente l'intensité, car il a vu les lésions salpingiennes aller en progressant de l'utérus vers le sac.

Au dessous la musculuse a subi une hypertrophie ; ses faisceaux, surtout ceux de la couche circulaire, se sont multipliés. Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point, sauf Abel, mais ses préparations provenaient d'une trompe gravide infantile arrêtée dans son développement.

Les vaisseaux sont plus nombreux et plus gros qu'à l'état normal, on les rencontre surtout dans les couches externes de la trompe : les veines sont remarquables par leur largeur, les artères par leurs sinuosités et l'épaisseur musculaire de leurs parois. Autour de ces vaisseaux il y a une infiltration de petites cellules.

Sac fœtal. — Le sac fœtal est la partie de la trompe qui enveloppe l'œuf, qui est en rapport immédiat avec lui. L'œuf, à mesure qu'il se développe, efface les replis de la muqueuse, qui finissent par disparaître sur une certaine étendue. Même sur des trompes examinées à une période éloignée de la rupture, quand l'œuf est mort et a disparu, c'est un signe presque caractéristique d'une grossesse antérieure, que la disparition subite des replis de la muqueuse.

Une couche unique d'épithélium la tapisse jusque sur le point d'implantation du placenta. Aux pôles il est encore cylindrique, mais à mesure que l'œuf grandit et le presse, il devient progressivement cubique et enfin plat et allongé. Il forme une couche continue qui peut manquer par places. Au niveau de la caduque sérotine où sera plus tard le placenta il n'y en a trace et ce caractère, comme la disparition des replis, persiste longtemps sur la trompe.

Le tissu cellulaire sous-épithélial est simplement infiltré de petites cellules; en approchant du milieu du sac il diminue d'épaisseur, comme l'épithélium, et finit même par disparaître complètement, de sorte que l'épithélium repose directement sur la musculuse.

La musculuse et la couche conjonctive externe sous-séreuse présentent une augmentation considérable d'épaisseur, on voit au milieu de grands espaces sanguins qui

en diminuent la résistance. A mesure que l'on s'approche de la partie la plus dilatée de la tumeur, les faisceaux musculaires s'écartent, deviennent de plus en plus rares, la paroi n'est plus alors formée que par une couche conjonctive, qui peut même devenir homogène avec quelques noyaux plus ou moins atrophiés. A cet endroit il n'y a plus de vaisseaux. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et des auteurs ont trouvé partout une couche musculaire continue.

La séreuse péritonéale, même à ce niveau, présente les mêmes lésions d'hypertrophie et de prolifération.

Formation de caduque. — Nous abordons maintenant une question délicate, peu étudiée encore et malgré cela très controversée, la formation de caduques. Quelles modifications va subir la trompe? Comment se feront les liens nutritifs entre l'organisme fœtal qui se développe et les tissus maternels? Ces rapports sont-ils les mêmes que dans la grossesse utérine?

Autant de questions que Zedel a essayé de résoudre par une série de coupes sur des œufs jeunes et bien conservés.

Mais les altérations pathologiques de la paroi, de l'œuf au moment de la rupture, les hémorragies qui se font dans le sac, l'époque déjà lointaine où se sont produits ces accidents, rendent l'examen des pièces difficile et les résultats incomplets sinon erronés.

Caduque sérotine intertuboplacentaire. — A l'endroit où l'œuf s'est arrêté, la muqueuse se transforme en caduque jusque dans ses couches profondes. Les cellules de la caduque sont les mêmes que dans l'utérus, nette-

ment caractérisées surtout dans les couches superficielles et dans la profondeur autour des vaisseaux.

On y trouve quatre sortes de cellules. Le plus grand nombre consiste en cellules grosses, fusiformes courtes ou polyédriques, peu colorées par les réactifs, avec un noyau vésiculeux ; elles sont disposées en stries parallèlement à la surface. Au milieu et dispersées sans ordre on rencontre des cellules rondes et semblables à des leucocytes et des cellules de tissu conjonctif étroites et allongées çà et là surtout dans les couches moyennes des cellules géantes multinucléées.

Plus on approche de la profondeur vers la musculuse, moins la muqueuse se différencie, le tissu cellulaire tend à conserver son aspect normal, sorte de zone de transition qui n'existe pas dans l'utérus où il y a entre la couche musculaire et la caduque une limite nette.

L'épaisseur de cette caduque est variable d'une grosseur à l'autre, et dans les différents points d'une même grosseur, elle est plus accentuée dans les parties périphériques qu'au centre. Léopold, dans un cas, l'a même vue complètement manquer et les villosités s'accoler à la couche musculaire.

Caduque vraie ou tubaire. — Wirchow a dit qu'il n'y en a pas. Werth, Keller, Orthmann ont trouvé le sac fœtal recouvert de la muqueuse non modifiée. Pilliet (communication orale) n'a rien trouvé qui ressemblât à une caduque. D'habitude, dit Zedel, toute la muqueuse ne présente pas des modifications en caduque ; celle-ci ne se montre que dans le voisinage immédiat de l'insertion de l'œuf et il est relativement rare de voir une

caduque vraie complètement développée. Cependant Frommel, Abel, Wyder, ont décrit des cas non douteux de caduque vraie.

Caduque réfléchie. — Les auteurs ne sont pas d'accord non plus sur son existence. Elle n'existe pas (Tarnier et Budin). Beaucoup n'ont pu la rencontrer, tout en avouant que sa formation est très possible. Weth, J. Veit, Frommel, Orthmann, Zedel la décrivent, et ce dernier l'a observée deux fois sur quatre cas examinés, une fois même elle revêtait toute la circonférence de l'œuf.

On comprend qu'il est assez difficile de la trouver en raison des délabrements qui surviennent au moment de la rupture, il faudrait avoir à examiner un œuf jeune et bien conservé. Dans la plupart des observations, dit Léopold, il n'en est pas question, peut-être ne l'a-t-on pas cherchée.

La caduque réfléchie est formée de grosses cellules entre lesquelles sont disséminées des cellules conjonctives longues et étroites. L'épithélium de la muqueuse ne s'étend que jusqu'au point de réflexion, rarement il empiète un peu sur la caduque réfléchie.

Les deux caduques vraie et réfléchie s'accollent bien plus vite ici que dans l'utérus, car la trompe est bien plus vite remplie par le développement de l'œuf. Peut-être peut-on ainsi expliquer l'opinion diverse des auteurs sur leur existence.

Origine de la caduque. — J'ai pu suivre, dit Zedel, tous les stades de développement des cellules conjonctives étroites et allongées, jusqu'aux cellules bien développées de la caduque.

Ses premiers nids se montrent dans le voisinage des vaisseaux de la muqueuse.

Henning, et plus récemment Abel, les font venir de globules blancs du sang qui se transformeraient en tissus.

Frommel prétend que l'épithélium tubaire prend aussi part à la formation de la caduque.

En dedans de la couche à grosses cellules, du côté du fœtus, on en observe une autre qui se distingue de la première par la grandeur moindre des cellules, par la facilité plus grande de coloration des noyaux et la clarté extraordinaire du protoplasma cellulaire. Même sur la caduque réfléchie, Zedel a observé cette deuxième assise de cellules plus petites, mais en certains points seulement d'une de ses préparations.

Cette couche cellulaire, appelée en Allemagne couche de Langhaus, tire son origine de la couche superficielle de l'épithélium des villosités.

Développement de l'œuf. — L'œuf se développe de la même façon que dans l'utérus et passe par les mêmes phases successives. Nous n'en dirons pas davantage.

Avant de parler du placenta, il faut décrire le chorion dont il dérive en grande partie.

Il est rare que l'on puisse observer le chorion tout entier, le plus souvent il n'y a plus que quelques villosités attachées à la sérotine, les autres ont disparu dans la mole sanguine ou ont été détruites au moment de la rupture.

Les villosités, qui ont disparu sur le reste de la superficie, sont les plus grosses et très ramifiées au

niveau de la sérotine. Sur les parties latérales, là où elles sont fortement comprimées par la paroi tubaire, elles deviennent plus petites et peu ramifiées, plus loin encore elles montrent des altérations plus ou moins régressives de leur épithélium et de leur stroma, leurs vaisseaux ont en grande partie disparu.

L'épithélium de villosité est disposé sur une double rangée. Les noyaux de la couche interne sont plus gros et plus faiblement colorés par ceux de la couche externe, leur forme est polyédrique, ils sont entourés de protoplasma clair à limites très nettes. Les noyaux de la couche externe fortement colorés sont ronds. La forme des cellules n'est pas nette partout, par places elle est manifestement cubique.

L'épithélium de la membrane chorale est de même nature et présente deux couches de cellules.

Formation du placenta. — Quant aux rapports des villosités chorales, les unes font une saillie libre dans l'espace intervillaire, d'autres sont entourées par des élévations de la sérotine, d'autres enfin pénètrent dans la sérotine. Leur union avec le tissu de la caduque est variable, lâche ou intime. Les villosités poussent des prolongements dans la sérotine, grâce à leur prolifération épithéliale.

Mais cette pénétration de villosités dans les couches profondes n'est pas encore faite dans les premiers temps de la grossesse et les rapports entre l'œuf et la sérotine ne sont pas encore très bien établis au début du deuxième mois (Zedel).

A mesure que la paroi de la trompe se développe l'épaisseur de la sérotine diminue, elle perd son aspect

caractéristique au moins dans les couches superficielles et subit ce que Langhaus a appelé transformation en fibrine canaliculée (Kanalisirtes Fibrin): augmentation manifeste de la substance intercellulaire, disparition des contours des cellules, et dans les points les plus modifiés, disparition des noyaux, on voit une masse homogène qui, par places, a encore un aspect stratifié.

Hoffmeier, Klein, Gottschack, Zedel considèrent cette fibrine canaliculée comme formée aux dépens du tissu de la caduque, dégénérescence qui serait due à une cause mécanique, la compression (Zedel), à un processus nécrobiotique (Klein).

A côté de ces opinions allemandes, nous reproduirons les résultats des recherches de Pilliet: Au point d'insertion placentaire, le chorion (de la muqueuse) présente de grandes cavités sanguines et lymphatiques; de sa surface s'élèvent des prolongements grêles qui limitent des lacs sanguins. Dans l'intérieur de ces lacs pénètrent des villosités placentaires assez grêles qui diffèrent des villosités du placenta en trois points: elles sont peu arborescentes, elles contiennent très peu de capillaires dans leur épaisseur, la couche de cellules multinucléées de l'ectoplacenta a disparu par places. (Pièces prises sur des hématosalpinx).

Circulation placentaire. — Les relations des artères et des veines avec l'espace intervilleux se montrent déjà d'une façon non douteuse dans les grossesses tubaires de cinq semaines.

La distribution des artères et des veines est toute différente.

Les veines ont une direction légèrement oblique et

ne sont pas flexueuses. Dans la caduque même, sur de longues étendues, elles sont presque parallèles à la surface de la trompe et ne s'approchent que progressivement de la sérotine. Dans leur trajet à travers la couche musculaire, ces veines sont peu dilatées et peu modifiées dans leur structure. Leur paroi est encore bien développée dans le voisinage de la caduque; après leur pénétration dans cette dernière, elles subissent des changements marqués : dilatation progressive surtout au bord du placenta, jusqu'à 8 et 10 fois le diamètre originel, transformation en grands espaces sanguins que forment des réseaux communiquant ensemble. Les parois de ces veines se perdent bientôt dans le tissu de la sérotine, si bien qu'après un court trajet dans cette dernière elles ne sont plus limitées que par une couche de cellules endothéliales, le sang paraît circuler dans des fentes de la sérotine sans parois propres. Dans l'intérieur des vaisseaux, on trouve par places des groupes de grosses cellules libres. Léopold et Langhans regardent ces amas cellulaires comme des cellules géantes qui ont émigré dans les vaisseaux, Patenko, Heinz, Werth comme des éléments dérivés du tissu conjonctif.

Les veines s'abouchent directement dans le sinus intervilleux. Quand elles sont situées dans le voisinage de cet espace, elles ne sont guère séparées que par une cloison anhyste limitée de cellules rondes.

Dans le placenta tubaire comme dans le placenta utérin, il se forme un sinus circulaire avec un seul ou plusieurs grands espaces dans lesquels s'abouchent des veines nombreuses venues des parties périphériques.

Les artères, au contraire, sont plus nombreuses au centre du placenta. Chaque artère fait dans la couche

musculaire de nombreuses sinuosités, elle prend une forme régulièrement et progressivement hélicine, à partir de son entrée dans la caduque. Arrivée à la surface de la sérotine, elle se rend plus ou moins obliquement sur les parois latérales d'une élévation de la caduque et s'ouvre librement dans l'espace intervilleux. L'artère se dépouille progressivement de ses parois depuis la musculeuse, où elles sont encore complètes, jusque dans les couches superficielles de la sérotine, où elle n'est plus guère qu'un canal bordé d'endothélium et difficile à différencier d'une veine.

En même temps que disparaissent les éléments de la paroi, le calibre augmente régulièrement; à partir de son entrée dans la caduque, l'artère ne donne plus de branches latérales.

Près de son embouchure dans l'espace intervilleux, l'artère perd même comme la veine son endothélium, elle n'est plus limitée alors que par des cellules semblables à celles de la caduque, serrées les unes contre les autres. Ces cellules appartiennent-elles à la caduque ou sont-elles dues à la prolifération endothéliale?

Toutes les artères ne s'abouchent pas dans l'espace placentaire; il y en a qui forment une anse et reviennent dans la musculeuse.

Constitution de l'espace placentaire intervilleux. — Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que les villosités choriales baignent dans le sang maternel qui vient immédiatement en contact avec la couche externe de leur épithélium.

La plus grande partie de cet espace placentaire où circule le sang est formée de l'espace intervillaire fœtal

limité d'un côté par le chorion, de l'autre par la surface de la muqueuse tubaire transformée en caduque. Il augmente progressivement à mesure qu'augmentent les vaisseaux maternels qui s'y ouvrent. Il s'élargit vers la sérotine, grâce aux espaces lacunaires fortement dilatés qui sont en relation avec l'espace intervilleux primitif fœtal par de nombreuses et souvent très grosses ouvertures.

Quant à la formation de ce système sanguin placentaire, elle est la même que dans la grossesse utérine.

Ainsi, en résumé, les conditions de circulation de la grossesse sont identiques, qu'elle soit intra ou extra-utérine.

On a dit que la circulation était moins active que dans la grossesse normale, que c'était une cause de moindre nutrition pour le fœtus et que celui-ci, même arrivé à terme, était trop faible pour vivre. Cependant la plupart des enfants retirés par opération sont parfaitement viables. D'ailleurs la meilleure preuve que cette circulation est très active, c'est qu'elle fait courir à la mère les plus grands dangers quand on opère au moment ou près du terme de la grossesse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mais bientôt les différences s'accroissent: dans un cas on a affaire à un organe volumineux, capable de distension, dans l'autre à un conduit peu épais et beaucoup moins extensible. Il arrivera que ce conduit, par la croissance continue de l'œuf, se rompra et donnera naissance à des accidents de divers ordres.

Il est toute une série de faits particulièrement intéressants à étudier au point de vue qui nous occupe: les hémato-salpinx. On sait qu'ils sont dus le plus souvent à une grossesse tubaire arrêtée dans son cours, mais qui n'a pas donné lieu à une rupture. Si l'hémato-salpinx ne va pas jusque-là, c'est certainement la première étape qui y conduit. Là nous pourrions surprendre sur le fait les altérations que subissent la trompe et l'œuf, puisque tout reste en place.

Ces altérations consistent surtout en hémorrhagies qui se font au point d'insertion du placenta et en phénomènes de régression du côté du fœtus mort, que sa mort soit primitive et cause de l'hémorrhagie ou inversement.

Que la gestation soit intra ou extra-utérine, la vie de l'œuf est précaire, tant que le placenta n'est pas

bien formé, car l'union entre l'œuf et la muqueuse n'est pas très intime puisqu'elle dépend des villosités choriales à leur premier stade de développement. Il en résulte que sous des causes variables, l'œuf peut être délogé en partie ou entièrement de ses relations avec la muqueuse et ce déplacement est toujours accompagné, souvent causé par des hémorrhagies entre les villosités (Bl. Sutton).

Au début de la grossesse normale, il se produit parfois des avortements avec hémorrhagies profuses où l'œuf est expulsé en masse sous forme de corps rond : œuf apoplectique, mole charnue. Quand on examine cet œuf au moment de son expulsion, il ressemble à un caillot sanguin dont il a la forme et la consistance. Du sang est extravasé dans les membranes de l'œuf, souvent envahit la cavité amniotique. Une mole semblable à celle qui survient dans l'utérus se montre dans la grossesse tubaire et semble plus commune entre la 4^e et la 8^e semaine (1). (Bl. Sutton).

Il est important de connaître ses principaux caractères, car la présence d'une mole dans une poche d'hémato-salpinx, au milieu des caillots d'une hémato-cèle ou dans l'épaisseur du ligament large est la preuve certaine d'une grossesse. Quand l'œuf est mort depuis quelque temps, il devient dur, lamelleux, stratifié. Dans ces conditions, sa nature peut être reconnue grâce à l'embryon ou à ses restes emprisonnés dans le caillot

(1) La mole tubaire qui était au début sphérique comme celle de l'utérus, devient bientôt ovoïde, la cavité amniotique, au lieu d'être centrale, occupe une position périphérique, de sorte que l'amnios mince se rompt facilement et permet à l'embryon de s'échapper, ce qui explique combien il est parfois difficile de le trouver (Sutton).

ou plus tard par les villosités choriales plus longues à disparaître.

Comme volume la mole varie beaucoup, depuis le volume d'une amande à celui d'une orange ; il dépend de la date de l'hémorrhagie et de la quantité de sang extravasé dans la cavité de l'amnios. Parfois l'hémorrhagie se fait seulement à l'intérieur des membranes de l'œuf, il n'y a pas de sang épanché dans la trompe. Herman raconte qu'il a enlevé avant la rupture un sac où l'hémorrhagie s'était faite dans le chorion.

Les lésions que l'on observe de ce côté sont variables suivant l'âge de la grossesse ou plutôt d'après la mort plus ou moins lointaine de l'embryon.

Quand ce dernier existe encore il est en général petit, l'observation de Gallard en donne un type remarquable, il est relié au placenta par son cordon, la cavité amniotique est développée, le placenta, quoique très réduit, est encore reconnaissable dans sa forme, et les villosités sont très nombreuses quoiqu'en voie de transformation fibreuse (Pilliet, in thèse de W. Binaud).

Quand le fœtus a disparu, la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée à parois lisses, avec ou sans liquide, occupant le centre d'un caillot volumineux, qu'il faut sectionner méthodiquement pour la trouver. C'est qu'alors les ramifications des villosités ont disparu, que leur transformation fibreuse est très accentuée et que les lacs sanguins, débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient, ont donné lieu, chacun à leur tour, à des hémorrhagies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe (Pilliet).

A un degré plus avancé encore, la poche sanguine est très réduite de volume : il ne reste plus que des caillots anciens rouillés, en partie décolorés. Cependant ce caillot présente une particularité que l'on a donnée comme caractéristique du reliquat d'un placenta, c'est son adhérence intime dans la paroi tubaire, caractère que l'on trouve relevé dans beaucoup d'observations. C'est un signe presque constant, il est vrai, mais il ne saurait servir seul à porter le diagnostic rétrospectif de grossesse tubaire, si l'on ne constate au microscope la présence des villosités choriales.

Il serait intéressant de savoir exactement combien de temps les placentas ou les villosités mettent pour disparaître, mais nous n'avons pu, d'après les observations, le déterminer, même d'une façon approximative. On sait seulement que vers la dixième semaine, le fœtus est assez bien développé pour que le squelette reste là, attestant la nature et l'origine de l'hématome de la trompe ou de l'hématocèle pelvienne.

Examen microscopique. — Mais quand il ne reste plus que le caillot, il est nécessaire d'avoir recours au microscope pour faire un diagnostic sûr.

Sur les limites des coupes du caillot, il persiste certaines des modifications de la trompe que nous avons vues plus haut ; les franges de la muqueuse, revêtues de leur épithélium, s'interrompent brusquement et la paroi tubaire est amincie. (Pilliet).

Si l'on fait des coupes intéressant à la fois le caillot et la trompe, on voit sur certaines préparations les villosités choriales séparées de la paroi interne de la trompe

par des hémorrhagies interstitielles. Il y a des régions qui sont d'autant plus étendues que l'on s'éloigne davantage de la paroi, où les préparations apparaissent comme découpées en ilots irréguliers. Ces ilots sont circonscrits par des bandes conjonctives extrêmement grêles et contiennent du sang à divers états de régression. De place en place, on voit encore une villosité en général volumineuse, arrondie, sans bourgeonnements latéraux, et qui doit représenter l'axe d'une végétation placentaire dont les bourgeons ont disparu. Elle ne contient plus de vaisseaux perméables (Pilliet).

Si l'hémato-salpinx est de date plus ancienne, on trouve sur une coupe en dedans de la couche musculaire riche en vaisseaux un chorion épaissi qui présente quelques rares saillies villeuses, et les premières assises du caillot qui sont immédiatement au contact de ce chorion, sans traces de glandes ni d'épithélium. Les autres couches présentent une consistance inégale et un aspect différent, suivant les points. Tantôt il existe un réseau filamenteux très serré de fibrine englobant les globules rouges dégénérés et peu abondants, tantôt il existe des lacs de globules rouges sans fibrine. De place en place apparaissent des villosités placentaires très peu abondantes.

A une époque plus tardive encore, les villosités ont complètement disparu, il ne reste plus de la grossesse que la surface lisse de la paroi, sans traces de glandes et d'épithélium, où le chorion présente d'abondantes cellules, chargées de pigment jaune, débris d'hémoglobine.

Que devons-nous conclure de l'étude de ces hémato-salpinx ? C'est qu'au niveau des lacs sanguins, où les villosités viennent baigner dans le sang maternel, il se

fait des hémorrhagies interstitielles, qui fusionnent ensemble ces lacs et qui interposent un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe. Ce caillot est composé de stratifications fibreuses de différents âges, ce qui montre que les hémorrhagies se sont faites par poussées successives et que chacune d'elles a dû dilacérer la couche plus ancienne.

Cette hémorrhagie qui se fait au point d'insertion du placenta est le fait capital, celui qui domine toute la pathologie de la grossesse tubaire à cette époque de son développement. Nous allons voir toutes les conséquences qui en découlent.

Plusieurs cas peuvent se présenter suivant l'abondance de l'hémorrhagie ou le point d'implantation de l'œuf.

1° L'hémorrhagie n'est pas assez abondante pour amener la rupture de la trompe; elle reste limitée à l'intérieur du sac et de l'œuf qui va disparaître progressivement avec ses annexes. Bientôt il ne restera plus qu'un amas sanglant où il sera difficile de reconnaître les débris embryonnaires et dont la signification pourra rester obscure.

2° Si, au contraire, une quantité relativement considérable de sang est épanchée dans la trompe, celle-ci se distendra et alors deux éventualités peuvent se produire :

A. L'œuf sera expulsé en masse à travers l'orifice abdominal de la trompe, le sang s'écoulera de celle-ci dans la cavité abdominale, sans qu'il y ait de rupture de la paroi. C'est l'avortement tubaire.

B. La paroi de la trompe se rupturera sous la pression

sanguine et l'œuf sera projeté dans la cavité abdominale où il formera l'hématocèle intra-péritonéale, ou dans l'épaisseur du ligameut large pour former l'hématocèle sous-péritonéale.

A. *Avortement tubaire.* — L. Tait critique cette expression : elle n'est pas nécessaire parce que ces cas doivent être rares, elle est dangereuse parce qu'elle tend à diminuer la gravité de cet accident dans l'esprit des médecins. Dans ces cas les franges du pavillon se ferment sur l'œuf et deviennent adhérentes entre elles. La séparation consécutive de ces franges constitue une rupture réelle.

L'implantation d'un œuf dans la portion externe de la trompe amène plus ou moins rapidement l'occlusion de l'orifice abdominal, qui est accomplie au plus tard à la 8^e semaine.

Si l'œuf siège dans l'ampoule, l'ouverture de la trompe ne se ferme pas (Bl. Sutton).

Aussi longtemps que cet orifice demeure ouvert et perméable, l'œuf est exposé à être expulsé dans la cavité péritonéale; plus il siège près de l'orifice, plus grand est le danger d'expulsion.

« La trompe était longue de 11 cent., son extrémité abdominale reposait intimement sur l'utérus, l'ostium abdominal était fermé, mais se laissait facilement ouvrir; le rang supérieur des franges du pavillon se développait bien, mais la demi-circonférence inférieure qui était près de l'œuf était enracinée dans les parois du sac. » Zweifel. Arch. f. Gynœc. Obs. I. Bd XLI.

« La trompe était dilatée dans sa moitié externe et avait des parois très minces qui, malgré tout, n'étaient pas déchirées. Mais de l'extrémité ouverte de la trompe et en rapport avec

elle faisait saillie le placenta, et un fœtus long de deux pouces et demi pendait à un cordon intact. » Tuttle Am. J. of obst. oct. 1891.

« La trompe intacte présentait une forte dilatation due à l'œuf qui y était implanté. L'extrémité abdominale était dilatée comme une pièce d'un marc et l'œuf en sortait recouvert d'un caillot. Par la laparatomie je trouvai du sang liquide sur l'épiploon et les anses intestinales, tout autour de l'orifice abdominal de la trompe et une grande quantité de caillots libres dans l'abdomen. L'opération était justifiée par les signes cliniques de l'hémorrhagie et les violentes douleurs qui devaient être produites par les contractions de la trompe. » (J. Veit).

« La trompe gauche s'ouvrait dans la tumeur sanguine par son extrémité frangée béante. Il n'y avait pas d'œuf dans son intérieur. La trompe droite présentait vers sa partie moyenne une dilatation comme un œuf de poule. Sa moitié utérine était particulièrement frêle, l'extrémité externe se dirigeait vers la paroi du sac et s'y perdait. L'infundibulum frangé de la trompe, coloré en rouge, s'ouvrait au milieu de la tumeur sanguine. Au niveau de la dilatation de la trompe, il y avait un caillot et des restes de placenta. (Femme opérée deux semaines après avoir présenté une hémorrhagie vaginale de 8 jours, avec issue de débris charnus et douleurs dans le ventre et la région sacrée) Zweifel, id. obs. VI.

Cet accident est absolument semblable à l'avortement utérin vers le deuxième mois de la grossesse. L'œuf peut être expulsé en masse dans le péritoine avec production d'hémorrhagie abondante; l'œuf, étant très petit, passe le plus souvent inaperçu au milieu des caillots pendant l'opération ou à l'autopsie.

Les observations d'avortement complet, avec expulsion totale dans le péritoine, sont rares. Ces cas doi-

vent cependant être fréquents dans les premiers temps de la grossesse tubaire, mais ils se cachent sous la formation d'une hématocele qui ne subit pas d'augmentation consécutive et se dérobent ainsi à l'observation (Muret). Il en est sans doute comme dans l'avortement utérin, quand il ne reste plus rien dans la cavité, l'hémorrhagie s'arrête.

Presque toujours l'œuf est encore adhérent à la paroi de la trompe, et le sang passe entre lui et la paroi. La mole fait saillie dans la cavité abdominale et est comme étranglée au niveau du pavillon. Dans deux cas d'Orthmann elle était si lâchement adhérente à l'orifice ouvert de la trompe qu'elle s'en échappa pendant l'opération. Dans ces conditions qui constituent l'hémorrhagie, l'avortement tubaire, incomplet ou prolongé peut se répéter. « Quelques-uns des exemples les plus frappants d'hémorrhagie récurrente de la trompe, se montrent quand l'œuf est trop grand pour passer par l'orifice, la trompe dilatée ressemble alors à une amphore sans anses, et l'œuf, bien que libre de se mouvoir dans la cavité de la trompe, est aussi sûrement emprisonné qu'un pois en bois dans le sifflet des enfants. La mole reste unie par une portion de sa circonférence à la muqueuse de la trompe (Bl. Sutton). »

L'hémorrhagie se fait par crises successives et elle semble bien moins abondante que lors de la rupture.

L'avortement tubaire ne peut se produire que dans les premières semaines, quand l'œuf est encore assez petit et que l'orifice n'est pas encore oblitéré. C'est à cette époque que les parois sont les plus épaisses, et les faisceaux musculaires hypertrophiés ne sont pas encore trop séparés par la dilatation. Sous l'influence

des contractions, une partie du placenta se décolle, le sang s'épanche dans les membranes de l'œuf et les rompt, de là passe dans la trompe et la remplit et s'écoule librement à travers l'orifice ouvert dans la cavité péritonéale; il se forme une tumeur molle qui grossit rapidement et qui se perd dans la cavité de Douglas en contours vagues et diffus (Sänger, Muret). Ainsi l'avortement tubaire est une terminaison relativement favorable de la grossesse extra utérine, qui, sans rupture et sans apparences cataclysmiques, conduit à l'hématocèle sous des auspices heureux.

B. *Rupture du sac fœtal et de la trompe.* — La trompe gravidie se rupture presque toujours, et cette rupture se montre généralement entre la 4^e et la 12^e semaine de la gestation, quelquefois un peu plus tard, rarement plus tôt.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur ses causes. Beaucoup accusent la dilatation progressive et la surdistension; Kaltenbach et P. Delbet, à la suite d'expériences faites, il est vrai, sur des trompes saines, regardent cette cause comme improbable, ils croient plutôt à l'ulcération par usure de la paroi.

La rupture a presque toujours lieu au point d'insertion du placenta (L. Tait). C'est là en effet que la paroi est le plus mince, où s'implantent les villosités choriales qui pénètrent comme des vrilles dans les tissus de la trompe et les détruisent peu à peu. Elles envahissent la paroi jusqu'à la couche musculaire, et arrivent au contact des vaisseaux sanguins, considérablement augmentés de nombre et de volume, et une rupture de la paroi siégeant à cet endroit, si petit soit-elle, produit

une hémorrhagie abondante, assez abondante souvent pour causer la mort en quelques heures.

On a objecté à L. Tait que la rupture ne peut pas être due au placenta, parce que ce dernier n'existe pas encore, qu'il est différencié seulement après le 3^e mois et c'est presque toujours avant que la rupture a lieu.

Nous avons vu que la pénétration des tissus maternels par les villosités choriales commence à la fin du 1^{er} mois ; la localisation de ce processus est déjà évidente vers la 6^e semaine, les villosités étant concentrées en un point que l'on peut regarder pratiquement comme un placenta.

La partie de la paroi tubaire à laquelle le placenta est fixé, se trouve immobilisée par suite de son adhérence avec ce placenta ; elle ne peut se distendre à mesure que l'œuf augmente de volume. Quand le sac foetal, par suite de sa croissance, tire sur les parois affaiblies, ce tiraillement en détermine la déchirure. C'est ainsi que l'on peut facilement expliquer pourquoi la rupture de la trompe se fait toujours au point d'implantation placentaire.

Cette déchirure est plus ou moins longue, ne dépassant généralement pas 2 ou 3 cent., sauf quand la grossesse est interstitielle, où la rupture peut intéresser l'utérus sur une large étendue. Sa direction est presque toujours transversale, en bas et en arrière, elle peut être oblique ou bien encore étoilée, comme s'il s'agissait d'un éclatement. Par les lèvres de la plaie on voit souvent un corps charnu qui fait hernie, et des caillots qui s'en échappent.

Il se fait une hémorrhagie dans le placenta, le sang envahit et peut pénétrer dans la cavité amniotique, sous l'influence de l'augmentation de pression, la paroi tubaire

cède au point le plus faible, qui est l'insertion placentaire, et l'hémorrhagie devient libre dans le péritoine ou dans le ligament large. A la première atteinte, l'hémorrhagie peut ne pas être assez forte pour amener la rupture, elle reste limitée et parfois tout s'arrête là. Mais le plus souvent, pour des causes encore ignorées, une nouvelle poussée survient qui rompt la trompe, et si la mort ne survient pas, on peut observer, bien que rarement, une série d'hémorrhagies successives.

Il y a deux cas à considérer, bien différents dans leur terminaison, suivant que la rupture se fait dans le péritoine ou dans le ligament large.

Rupture dans le péritoine. — L'hémorrhagie se fait dans une vaste cavité, et rien ne vient mettre obstacle à l'issue du sang, qui s'écoule librement. L'abondance est telle que l'on a pu retirer de la cavité abdominale plusieurs litres de sang. On comprend que de pareilles hémorrhagies soient rapidement mortelles. Cependant elles ne sont pas toujours aussi considérables, et l'on a dans quelques cas trop rares opéré pour d'autres motifs des grossesses tubaires rompues depuis longtemps et qui semblaient guéries.

Le placenta peut rester en partie adhérent à la trompe et favoriser ainsi le retour de nouvelles hémorrhagies.

Il peut être expulsé de la trompe dans le péritoine, et dans ce cas, dit L. Tait, il peut s'implanter de nouveau sur la séreuse péritonéale et continuer à vivre: « Tout ce que l'on a décrit sous le nom de grossesse abdominale, sont évidemment des cas exceptionnels, dans lesquels la rupture primaire n'a pas été

fatale et dans lesquelles le placenta expulsé a contracté par lui-même des adhérences viscérales à l'endroit où il est arrivé, ou bien ces grossesses intra-péritonéales sont dues à la rupture secondaire de la grossesse intra-ligamenteuse sous-péritonéo-pelvienne. La première de ces éventualités est certainement de beaucoup la plus fréquente et ceci m'a été prouvé jusqu'à l'évidence par mes opérations. J'ai vu une trompe rompue, quelques jours après la catastrophe et contenant encore la plus grande partie du placenta, tandis que les villosités de la portion expulsée avaient déjà commencé à pousser des prolongements sur l'intestin, la vessie, le fond de l'utérus et les plis de l'épiploon. Je détachai les villosités de leur lieu d'insertion et plusieurs entraînèrent avec elles de légers fragments de leur lit en laissant des cavités saignantes. Berry Hart en a donné la meilleure preuve en réussissant à injecter un placenta qui avait été expulsé de la trompe rupturée et avait contracté ces étranges et exceptionnelles adhérences. » L. Tait.

Poursuivant l'idée de Tait, son élève Gubb dit : Il n'y a pas de raisons pour que le placenta fraîchement séparé ne puisse se créer de nouvelles attaches vasculaires.

Le fait n'est guère admissible (Tarnier et Budin). Nous ne comprenons pas bien comment cette greffe secondaire peut se faire. Il faudrait que l'œuf trouve de suite du côté des tissus maternels un système vasculaire tout approprié et prêt à le recevoir.

On peut expliquer autrement ces grossesses abdominales secondaires : le placenta restant adhérent, le fœtus, tombé dans la cavité abdominale, peut continuer

à vivre et, quelque extraordinaires que soient les faits publiés, ils n'en paraissent pas moins indiscutables. (Tarnier et Budin.)

La grossesse continue à évoluer ; le placenta, en croissant, fait des incursions sur les organes voisins et peut finalement venir s'attacher à l'utérus, au grand épiploon, aux parois pelviennes ou abdominales, en poussant la couche de péritoine qui est devant lui.

Peut-être sont-ce des cas semblables que l'on a pris pour des grossesses abdominales primitives.

Rupture dans le ligament large. — La trompe est lâchement retenue en place par le péritoine, qui passe tout autour. Les deux surfaces sous-séreuses de ce repli sont plus ou moins lâchement réunies par du tissu cellulaire et forment ainsi le ligament large ou meso-salpinx, ligne étroite qui suit l'axe de la trompe.

Pendant la croissance de l'œuf, ces couches tendent à se séparer, cette ligne non recouverte par le péritoine augmente en étendue et le meso-salpinx est complètement effacé.

Il n'est pas nécessaire que l'invasion du ligament large se fasse subitement par rupture de la trompe. Il est fort vraisemblable qu'elle peut se faire graduellement et l'œuf continuer à vivre dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Peut-être est-ce là ce qui a fait admettre à certains auteurs la possibilité d'une gestation tubaire à terme sans rupture du sac fœtal.

Si la trompe se rompt dans l'épaisseur du ligament large, l'hémorrhagie envahit une cavité qui n'est pas indéfiniment capable de distension, ce qui peut suffire à l'arrêter.

Il est probable que la rupture dans le ligament large est rarement mortelle (L. Tait).

Trois cas sont à considérer dans la rupture intra-ligamenteuse :

1° L'enfant meurt, il y a hémorrhagie et formation d'hématocèle extra-péritonéale.

La majorité des œufs meurent avant d'atteindre leur maturité ; après leur mort ils sont résorbés et en peu de temps on n'en trouve plus de traces. Si l'hémorrhagie qui se montre à ce propos est peu abondante, qu'elle s'arrête par la pression seule du ligament large, la poche reste limitée au ligament et il y a peu de chose à redouter : la résorption se fait graduellement.

Quand au contraire l'hémorrhagie continue, il peut se former une vaste hématocèle, encapsulée dès le début et qui remonte plus ou moins haut vers l'ombilic. Le péritoine membrane mince et élastique n'est que faiblement uni aux organes qu'il recouvre, le sang épanché le sépare facilement de ses attaches, l'hémorrhagie se fait dans les tissus cellulaires lâches sous-péritonéaux de la fosse iliaque.

« L'hémorrhagie peut disséquer les couches entre le vagin et le rectum d'avec les parois du bassin et la paroi abdominale antérieure.

J'ai traité récemment deux femmes qui avaient une hématocèle extra-péritonéale : chez une, la tumeur était entre les plans du ligament large, le rectum et le vagin et formait autour du rectum une constriction annulaire. Dans l'autre cas, il n'y avait de suffusion sanguine qu'autour du rectum, mais elle s'étendait jusqu'à l'ombilic. » (Wathen. Am. journ. of. obst. 1889, p. 785).

Ainsi l'envahissement du ligament large par le sang donne lieu à une hématocèle à parois bien définies; poche sanguine qui peut faire saillie plus ou moins loin dans la cavité abdominale; tandis que dans l'hématocèle intra abdominale le sang est libre et ne s'encapsule que secondairement par les adhérences que contractent ensemble les organes qui l'entourent.

Ces hématocèles sous-péritonéales guérissent généralement seules, par le repos. Mais il y a des cas où elles donnent lieu à un accident très sérieux par rupture secondaire de la poche dans la cavité du péritoine. L'hémorrhagie continue et les deux variétés d'hématocèle coexistent. Bernutz et Goupil en ont cité des exemples.

2° Il n'y a que peu ou pas d'hémorrhagie et la grossesse continue.

Si l'œuf conserve ses attaches placentaires, et si la cavité amniotique n'a pas été rompue, la grossesse peut continuer à évoluer et constitue la variété que Dezeimeris appelait autrefois sous-péritonéo-pelvienne. Le fœtus reste toujours dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et le placenta s'étale et va contracter des adhérences avec les divers organes voisins, ce qui, au moment de l'opération au terme de la grossesse, n'est pas sans causer de sérieux inconvénients.

Le sac fœtal dans la grossesse avancée présente une extrême minceur dans sa partie libre abdominale. Ce fait, déjà signalé par Werth, a frappé Griffith pendant une opération : la paroi du sac semblait n'être que l'amnios doublé du chorion membraneux.

3° Il y a une rupture secondaire dans le péritoine.

Cette partie mince abdominale du sac peut se

rompre à un moment donné, sans qu'il y ait d'hémorragie par le seul fait de la croissance du fœtus. Tant que le placenta conserve ses attaches, le fœtus continue à évoluer. Mais dans ces cas le fœtus est libre au milieu des anses intestinales, et le placenta reste toujours extra-péritonéal.

De la croissance du placenta après la mort du fœtus.
Cette idée, émise par L. Tait, a fait le sujet de la thèse d'un de ses élèves, Gubb : « Quand la mort du fœtus survient à une époque peu avancée de la gestation, la dévascularisation et la dégénérescence du placenta peuvent très bien ne pas se produire, et ce dernier continue à se développer. La possibilité de cette survie du placenta est de la plus haute importance, car en présence d'une telle complication, quelque peu fréquente qu'elle soit, la marche à suivre ne manquerait pas d'être profondément modifiée. »

Le fœtus peut mourir, mais « la vitalité du placenta, plus résistant de sa nature, peut ne pas se trouver compromise et même, bénéficiant de la mort du fœtus, il se développera avec un surcroît de vitalité. »

Les cas sont assez nombreux, en effet, où le volume du placenta est tout à fait hors de proportion avec celui du fœtus, qui, parfois même, manque. La plupart des cas de mole tubaire dont nous avons parlé plus haut rentrent dans cette catégorie de faits. Nous en rapporterons d'autres.

« Ayant fait l'incision de la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est formée de la trompe très dilatée et contenant un sang noir et des caillots. Les parois de la trompe sont très épaisses et l'ovaire se trouve accolé au pavillon. Sur la

face postéro-supérieure on distingue très nettement un placenta ayant les dimensions d'un placenta de trois ou quatre mois, sans trace de cordon ombilical ni d'embryon (Gubb).

Lawson Tait rapporte ainsi les résultats d'une opération. Le placenta était celui d'une grossesse de quatre mois et l'enfant avait à peine sept semaines. Cela montre que dans quelque cas, après la mort du fœtus, le placenta peut continuer à croître et devenir l'origine de désastres pour la malade, si le kyste fœtal n'est pas enlevé par une opération. La malade a eu trois attaques de rupture et de syncopes et aurait pu succomber à une hémorrhagie interne, celle-ci survenant non pas par le fait du fœtus, mais par la croissance du placenta.

Doit-on d'après ces cas admettre que le placenta continue à vivre et à s'accroître? S'il est incontestable que le volume de la masse placentaire est devenu plus grand, rien ne prouve la survie du placenta. Jamais, en aucun point de sa thèse, Gubb ne nous donne d'examen microscopique qui démontre cette prétendue survie. « L'importance de ce fait ne dépend nullement de la nature histologique du phénomène. Que ce soit à la suite de la formation du tissu conjonctif ou bien par une véritable prolifération des cellules choriales, peu importe, l'hypothèse de la croissance persistante du placenta ne comporte qu'une augmentation de volume suffisante pour déterminer la rupture soit de la poche amniotique, soit du kyste secondaire. »

Ces paroles sages à la fin de sa thèse apportent une sorte de restriction à l'idée qu'il a voulu prouver. Rien n'est en effet moins démontré que cette croissance

posthume active du placenta. La pratique journalière y est complètement opposée, puisque dans les grossesses avancées on n'opère que plusieurs mois après la mort du fœtus de crainte des hémorrhagies dues à la survivance de la circulation.

Les villosités fœtales actives sont mortes, leurs vaisseaux faisant partie intégrante du fœtus s'atrophient et disparaissent avec lui, leur diminution facilite les hémorrhagies, tant que le placenta reste adhérent à son point d'implantation.

La vraie cause de l'augmentation de volume réside dans les hémorrhagies successives qui se font après la mort du fœtus, elle est produite par des caillots contenant encore des globules sanguins ou par des couches stratifiées de fibrine. Qu'une hémorrhagie soit plus considérable un jour et donne lieu à des symptômes de rupture, on pourra l'attribuer à la croissance du placenta, tandis que l'augmentation du placenta et la rupture sont dues à la même cause, l'hémorrhagie.

B. Hart qui avait au début partagé l'opinion de L. Tait, a parfaitement reconnu que cette croissance n'était que prétendue et en a montré la véritable nature.

Il n'y a pas que dans la grossesse tubaire, que l'on observe une disproportion marquée entre le fœtus et le placenta. Dans la grossesse utérine, le même fait peut se présenter. Nous devons à l'obligeance du D^r Demelin, chef de clinique, un cas de cette sorte qu'il vient d'observer dans le service de M. le Professeur Tarnier.

Emilie R..., entre à la clinique le 31 janvier 1893; deux accouchements normaux antérieurs. Dernières règles le 15 octobre 1892. Avortement le 1^{er} février, à une heure du matin.

Hémorrhagie de 500 gr. après l'expulsion du fœtus; rétention placentaire jusqu'au lendemain dans la matinée. Délivrance normale le 2 février.

Le fœtus pesait 100 gr., le placenta 250 gr. L'examen des pièces a été fait par notre excellent ami, le Dr Parmentier, qui a bien voulu nous remettre la note suivante : Depuis cinq mois qu'elles séjournent dans l'alcool, les pièces se sont un peu retractées ; néanmoins l'épaisseur du placenta de la face fœtale à la face utérine mesure environ 25^{mm}, à 2^{cm}5 de la circonférence. Cette épaisseur est plus considérable que celle d'un placenta *normal* préparé de la même manière.

A l'œil nu, sur un fragment de placenta durci, coupé fraîchement, il est facile de distinguer les parties hémorrhagiques des parties relativement saines. Les premières ont une teinte brillante d'un brun noirâtre, les secondes ont une coloration moins foncée d'un brun plus gris.

Sous le chorion, il existe une couche noirâtre épaisse de 3 à 5^{mm} assez uniforme; de distance en distance elle envoie des prolongements tortueux dans l'épaisseur du placenta; elle est plus épaisse vers la circonférence que vers le centre. D'autre part, on voit au milieu des parties d'un brun grisâtre de petites traînées noirâtres analogues comme aspect à la couche sous choriale.

A en juger par ce simple examen, il s'agit d'une hémorrhagie diffuse du placenta, à maximum sous le chorion où il existe une véritable nappe sanguine.

L'*examen histologique* vient confirmer ces premières données.

Dans les coupes faites de la face fœtale à la face utérine on peut distinguer 3 zones :

1^o Zone sous-choriale. Elle est uniquement constituée par du sang. C'est à peine si l'on voit quelques filets, de teinte rosée après coloration par le carmin, irrégulièrement disposés, derniers vestiges des villosités comprimées, réduites à leur plus simple expression.

2^o Zone moyenne. Les villosités réapparaissent diminuées de volume, d'épaisseur, bouleversées, refoulées par le sang. Autour d'elles existent en effet de larges espaces sanguins.

3° Près de la face utérine, les espaces sanguins redeviennent plus larges.

L'aspect n'est cependant comparable à celui de la zone sous-choriale.

En résumé. Hémorrhagie diffuse du placenta à maximum sur le chorion, au niveau de la face fœtale, ayant surpris un placenta normal de trois mois et suivie de la mort du fœtus et de l'avortement.

SYMPTOMES

Rupture. — Subitement, au milieu de la santé en apparence la plus parfaite, sans que la femme sache même qu'elle est enceinte, éclatent les accidents qui vont revêtir de suite une haute gravité, ou bien la femme suppose qu'elle est enceinte, mais rien ne vient durant ces premières semaines l'avertir de sa situation anormale.

La rupture peut se montrer inopinément, à l'état de repos, pendant le sommeil par exemple ; mais le plus souvent, c'est à l'occasion de fatigues, de marche, d'un mouvement quelconque, parfois sous la main du chirurgien qui la soigne, que les premiers symptômes arrivent.

« Une douleur soudaine et violente, partant d'un des côtés de l'hypogastre et s'irradiant dans tout le ventre, un refroidissement général, une pâleur plus marquée des téguments, des nausées et parfois des vomissements, des syncopes, tous les signes enfin d'une hémorrhagie interne, tels sont les traits sous lesquels se manifeste la rupture du kyste. Cet état va en s'aggravant, le collapsus survient rapidement et la femme ne tarde pas à succomber. La mort est parfois instan-

tanée ; mais souvent elle n'a lieu que quelques heures au plus après le début des accidents ». (Maygrier).

Ce sont là les symptômes d'une anémie aiguë très intense ; en plus de l'hémorrhagie, il y a un élément nerveux qui joue ici un rôle capital, le *shock*, que l'on attribue souvent à la douleur, mais qui est dû surtout à l'inondation du péritoine par le sang ; tout le monde connaît l'intensité des reflexes d'origine péritonéale. Dans ces cas, les symptômes de *shock* aggravent encore l'image de l'anémie aiguë sous laquelle ils sont voilés. On peut expliquer ainsi comment dans certains cas qui, au début, paraissent désespérés, les malades peuvent encore et très rapidement se relever. L'anémie n'est pas aussi intense qu'elle ne semble d'après le tableau que l'on a sous les yeux, et son intensité ne peut être exactement évaluée qu'après la disparition des symptômes nerveux.

Il est très rare que la mort soit instantanée ; parmi toutes les observations que nous avons lues, nous n'en avons pas trouvé une seule. Il est assez rare qu'elle ait lieu en quelques heures seulement. Presque toujours, d'après les observations, on a pu attendre quelques jours avant de pratiquer l'opération.

Cette atteinte peut être unique.

Mais souvent la malade, après être revenue graduellement à la santé, est prise à nouveau d'accidents semblables et peut succomber dans une de ces crises, si l'on n'intervient énergiquement. Cette succession des accès est très variable, ils peuvent revenir à époques presque fixes, c'est rare, ou d'une façon irrégulière. Nous verrons plus loin que cette façon d'être est presque caractéristique de l'avortement tubaire, mais on l'a

constatée aussi dans des cas non douteux de rupture, vérifiée à l'opération. Alors l'hémorrhagie se fait en quelque sorte à jets successifs, épanchant à chaque fois une nouvelle quantité de sang dans le péritoine, on comprend qu'à la longue, cette répétition des hémorrhagies devienne mortelle.

A côté de ces cas à allures cataclysmiques, il y en a d'autres beaucoup moins effrayants dans leurs symptômes, mais qui ne laissent pas d'être aussi graves par leurs conséquences, anémie, faiblesse progressives où ils placent la malade.

La rupture n'est marquée que par une douleur subite et vive dans le bas-ventre, avec sensation de faiblesse et tendance aux syncopes. La malade se couche, puis tout se calme spontanément par le repos, elle reprend bientôt ses occupations, jusqu'à ce qu'un nouvel accès survienne qui, alors, peut l'emporter.

Parfois apparaissent des symptômes surajoutés qui prennent alors une grande importance, masquent ceux de la rupture et font penser à toute autre chose qu'à la grossesse extra-utérine, surtout s'il s'agit d'accidents gastro-intestinaux. C'est ainsi que l'on a observé des symptômes d'obstruction intestinale, ou bien des coliques avec diarrhée profuse; dans ces cas on a pu croire à un empoisonnement et des enquêtes judiciaires ont été ordonnées.

Ces ruptures qui se font sans grand éclat, à allures insidieuses prolongées, ont donné presque toujours lieu à des erreurs de diagnostic qui pouvaient devenir préjudiciables aux malades. Une femme est prise, sans cause apparente, de douleurs vagues dans l'abdomen, l'appétit se perd peu à peu, elle a des nausées,

des vomissements, parfois du hoquet, ces vomissements peuvent être constants, ou ne se montrer qu'à l'occasion des repas, mais à moins d'obstruction intestinale vraie, ils n'ont presque jamais le caractère fécaloïde. L'intolérance de l'estomac est absolue; la constipation peut être très grande, mais le plus souvent, à force de lavements et de purgatifs, on obtient quelques selles peu abondantes mais qui soulagent la malade et éloignent encore le diagnostic. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression. Il peut y avoir rétention d'urines. A la fin, le faciès se grippe, le nez s'effile, la figure revêt le masque péritonéal, les extrémités sont froides, la température abaissée peut descendre jusqu'à 35°.

On croit avoir affaire à une occlusion par obstacle mécanique, à une perforation intestinale, à une péritonite subaiguë et la mort arrive si l'on n'intervient pas.

Mais tous ces cas de pseudo-occlusion ne se ressemblent pas quant à leur pathogénie. Dans certains, l'obstruction est bien due à une cause mécanique; en opérant ou à l'autopsie, on a trouvé des hématoécèles enkystées sous-péritonéales qui formaient un anneau tout autour du rectum et empêchaient ainsi le cours des matières. Dans d'autres, l'hémorrhagie est libre dans le péritoine, il n'y a aucune cause de compression, on ne peut guère invoquer que la paralysie intestinale d'origine réflexe. Cependant encore des adhérences sont possibles entre les anses intestinales qui peuvent se courber ou se couder de façon à amener l'occlusion.

Le jeu de la respiration peut être intéressé, il y a alors une grande dyspnée avec respiration superficielle

et mouvements respiratoires précipités : ce sont encore des phénomènes d'ordre réflexe.

De même la rétention d'urine qui est fréquente.

Les uretères peuvent être comprimés par le sang épanché dans la cavité abdominale, l'urine ne s'écoule plus ou imparfaitement dans la vessie, il en résulte des accès d'urémie convulsive et comateuse qui sont mortels.

En présence de ces cas, la grande indication, peut-être la seule, est d'opérer.

Tous les cas de rupture ne sont pas mortels ; mais « les femmes survivent si rarement à de tels accidents que l'on ne saurait tenir compte de ces guérisons exceptionnelles » (Maygrier).

Ces guérisons spontanées sont peut-être moins rares qu'on ne le croit généralement, on publie les cas que l'on opère, surtout si ce sont des succès, on ne parle pas des hématocèles qui guérissent par le seul repos, et dont on trouve parfois les restes à des opérations ultérieures. Peut-être ces ruptures à guérison si facile sont-elles passibles d'une autre explication, nous le verrons plus loin.

Bl. Sutton rapporte un cas où l'œuf a été expulsé en entier par la déchirure, on l'a retrouvé plus tard au milieu d'une hématocèle guérie, l'opération ayant été faite pour d'autres indications. Il croit que c'est là une condition de guérison, il ne reste plus rien au point d'attache du placenta, et, comme dans un avortement utérin complet, l'hémostase se fait d'elle-même.

Nous avons vu plus haut que dans la rupture intraligamenteuse, le sang avait une certaine tendance à s'enkyster, que l'hémorrhagie peut rester limitée et

s'arrêter d'elle-même; on a affaire alors à une tumeur à parois bien nettes. Mais il se fait des poussées successives d'hémorrhagie, on assiste à chaque crise à l'augmentation graduelle du volume du kyste. On ne doit point se confier aux seules ressources de la nature et se laisser aller à une fausse sécurité, car il arrive que ce kyste sous-péritonéal se rompe dans le péritoine.

Enfin, dans une dernière catégorie de faits, il y a rupture, mais peu d'hémorrhagie. Il est probable que, dans ces cas, la rupture se fait par distension progressive du sac sous l'influence du développement continu du fœtus et non par le fait du sang qui s'accumule dans la trompe et le sac. Alors, le placenta reste en place, il n'est pas détaché; s'il se fait une hémorrhagie à sa surface, elle reste limitée et le fœtus peut continuer à croître, soit libre dans la cavité péritonéale, soit dans les tissus cellulaires pelviens sous-péritonéaux. Même alors, il peut mourir et former un kyste dont les destinées secondaires ne rentrent pas dans notre sujet.

Avortement tubaire. — L'histoire clinique de l'avortement tubaire ressemble de très près à celle de la rupture.

Il est probable que les accidents se montrent à la suite des contractions de la trompe qui tendent à décoller l'œuf et à produire une hémorrhagie, ou bien l'hémorrhagie est primitive et pousse l'œuf hors de ses attaches. Dans un cas de Muret, on ne trouva pas, par un examen fait à la première atteinte, de signes d'épanchement dans le péritoine; il y avait seulement une petite tumeur dans la région tubaire, mais à

mesure que la trompe vidait le sang épanché dans sa cavité, à travers l'orifice abdominal, on pouvait assister à chaque crise à la formation progressive d'une hématocele.

La malade peut mourir après un unique accès. Mais le fait est bien plus rare que dans la rupture. C'est ici que l'on observe surtout ces formes prolongées où la femme se relève facilement après chaque nouvel accès, ne conservant dans l'intervalle qu'une sensation douloureuse dans le ventre, de l'anémie et de la faiblesse. Cette succession de phénomènes peut durer très longtemps, des semaines, mais à la longue, comme à chaque nouvelle crise, l'état de la malade devient de plus en plus critique, on est obligé d'intervenir.

Cependant un traitement approprié et surtout le repos au lit peuvent suffire et arrêter le cours des accidents. Orthmann fut très étonné de ne trouver que des traces de sang dans l'abdomen de malades qu'il avait opérés, « mais dans tous les cas, dit-il, l'orifice abdominal était perméable et il n'y avait de ce côté aucun obstacle à un écoulement sanguin vers la cavité abdominale. Il y a eu vraisemblablement une hémorrhagie, comme cela ressort au moins de 3 de nos cas, où la trompe était fortement dilatée par un caillot. Nous devons admettre qu'une hémorrhagie ayant duré quelque temps et, suivant toute apparence, légère, se soit faite par l'orifice abdominal, que le sang a été ensuite résorbé par le péritoine, ce dont il ne faut pas s'étonner, étant donnée la durée relativement longue, deux ou trois mois, qui s'est écoulée entre la mort du fœtus, c'est-à-dire l'hémorrhagie et l'opération. » Plus loin il ajoute : « Il est au premier chef invraisemblable

que ces cas soient aussi rares qu'on veut bien le dire, puisque sur dix cas que nous rapportons il y en a quatre d'avortement, ils sont généralement compris et décrits comme de simples hématosalpinx. »

On constate ainsi des restes d'hématocèle guérie chez des femmes qui viennent réclamer le secours de la chirurgie pour d'autres raisons, la persistance des métrorrhagies, par exemple.

Si l'œuf est chassé en entier dans le péritoine, il arrivera peut-être, comme dans l'avortement utérin complet, que l'hématocèle une fois formée ne fera plus de progrès et que tout rentrera dans l'ordre (Bland Sutton).

Il est probable qu'un grand nombre d'observations de guérison, rapportées à la rupture, appartiennent à cette catégorie de faits.

L'hématocèle est due à une ponte extra-utérine. Beaucoup de ces grossesses extra utérines au début passent inaperçues; tant que l'orifice abdominal de la trompe reste encore ouvert, l'œuf peut être expulsé dans la cavité abdominale et c'est peut-être la raison pour laquelle ces hématoctèles, dont la relation avec la grossesse échappe, ont été décrites comme des métrorrhagies, un reflux de sang menstruel de l'utérus ou même une hémorrhagie de la muqueuse tubaire.

Quand l'avortement tubaire se produit, il y a hémorrhagie de l'utérus, due à la séparation et à l'expulsion de la caduque qui s'y est formée; si cet accident se montre au moment où la malade attend ses règles, comme la notion de la grossesse extra-utérine passe inaperçue, on regarde l'hématocèle comme un reflux du sang menstruel dans le péritoine; s'il ne coïncide pas

avec une période menstruelle, c'est la métrorrhagie que l'on incrimine, mais si l'on cherche attentivement parmi les caillots enlevés de l'abdomen il est bien rare que l'on n'en trouve pas un qui contienne l'œuf ou ses débris (Bl. Sutton).

Symptômes utérins : hémorrhagie et expulsion d'une caduque. — Au moment de la rupture du sac extra-utérin se montrent des signes dont nous n'avons parlé encore qu'incidemment, l'hémorrhagie utérine et la décharge d'une caduque.

Nous avons vu au début quelles modifications se passaient dans l'utérus lors de l'accès d'un œuf dans la trompe.

Au moment où l'œuf meurt, même avant qu'il y ait des accidents de rupture, il se passe des phénomènes reflexes du côté de cette caduque, elle se sépare de l'utérus. Cette séparation donne lieu à des hémorrhagies avec laquelle la caduque est expulsée, en bloc ou par morceaux au milieu des caillots. Dans le premier cas, on la reconnaîtra facilement et si son expulsion se fait au dehors des accidents aigus il est bien rare que la malade ne la remarque et n'appelle l'attention à ce sujet. Dans le second cas, au contraire, elle passera facilement inaperçue au milieu du sang, à moins qu'on ne la recherche spécialement.

Cette expulsion d'une caduque peut se faire à plusieurs époques de la grossesse, tantôt avant la rupture, tantôt au moment où dans les heures qui suivent la rupture, parfois plusieurs jours après. Elle est toujours subordonnée à la mort du fœtus.

La caduque expulsée en entier revêt la forme de

la cavité utérine, elle est plus épaisse que dans la grossesse normale. Quelquefois on la trouve au milieu d'un caillot plus ou moins volumineux, qui, à un examen superficiel, en impose pour un œuf et l'on croit avoir affaire à un avortement ordinaire.

Examinée au microscope, cette membrane présente tous les caractères d'une caduque, et c'est là ce qui la distingue des autres produits membraneux que peut contenir l'utérus et que l'on observe dans l'endométrite chronique, la disménorrhée pseudo-membraneuse ; on a même trouvé une fausse membrane au milieu des caillots dans un cas d'empoisonnement mortel par le phosphore (Fraenkel).

L'hémorrhagie qui accompagne l'expulsion de la caduque dure plus ou moins longtemps ; on a observé des cas où elle s'est prolongée plusieurs mois. Cette hémorrhagie persistante, les douleurs plus ou moins vives qui l'accompagnent, amènent les malades chez qui les accidents de rupture n'ont été que peu nets et passagers, à réclamer l'intervention chirurgicale.

Après une période d'aménorrhée variable dans sa durée, les règles reviennent comme auparavant, même s'il y a rétention d'un kyste fœtal ; cette apparition des règles indique en général qu'il n'y a plus à craindre de rupture.

DIAGNOSTIC

A côté des cas où la grossesse extra-utérine est annoncée par les symptômes de rupture, il y en a d'autres où presque au début de la grossesse, la femme reconnaît qu'elle est enceinte. Il se passe chez elle les mêmes symptômes généraux que dans la grossesse normale : augmentation du ventre, changement du côté des seins, symptômes reflexes : dépravation et changement de l'appétit, nausées, vomissements.

Il est un point sur lequel nous devons insister : l'état de la menstruation. L'aménorrhée peut être complète jusqu'au moment de la rupture. La femme peut passer une époque, puis, après quelques semaines, des hémorrhagies atypiques, irrégulières dans leur apparition et leur abondance, se montrent : c'est le cas le plus fréquent. Enfin les règles peuvent rester normales, comme temps et comme quantité, fait déjà signalé par Antoine Petit, qui le regardait comme la règle dans ce genre de grossesse.

Des douleurs apparaissent en général, fixes dans une des fosses iliaques, paroxystiques avec propagations dans la cuisse ou vers le sacrum.

Il serait important de faire le diagnostic de la gros-

sesse d'une façon précise, avant la rupture. Peut-on le faire ? Certains le croient, la grande majorité pense que ce n'est pas toujours possible.

Au début on n'a guère pour se guider qu'une tumeur dans un des culs-de-sac, qui augmente progressivement. Smolski, d'après les cas qu'il a pu rassembler, pense que l'on peut assigner à la croissance de la grossesse extra-utérine les termes suivants :

Au 2 ^e mois, elle a le volume	d'un œuf de pigeon
A la fin du 2 ^e mois	d'une noix de galle
A 2 mois et demi.....	d'un œuf de poule
A 3 mois.....	du poing
A 4 mois.....	des deux poings.

En même temps l'utérus est dévié de sa situation normale, on sent une tuméfaction à travers la paroi abdominale.

Mais ce sont là les signes ordinaires de toute tumeur pelvienne. Il faudrait, pour s'assurer de la présence d'un fœtus, des signes plus positifs.

Si l'on soupçonne d'après les symptômes une grossesse, on doit se demander si elle est intra utérine ou tubaire. Pour s'en assurer, on a préconisé le catéthérisme utérin, mais il a des inconvénients, c'est un moyen aveugle qui peut provoquer des avortements. M. le professeur Tarnier pense qu'il est plus prudent d'explorer avec le doigt la cavité utérine.

On a dit encore dans les cas douteux qu'il y avait avantage à aller gratter la muqueuse de l'utérus, pour en retirer des lambeaux qui, au microscope, montreraient si cette muqueuse est transformée ou non en caduque.

Mais ces manipulations sur la grossesse extra-utérine doivent être extraordinairement prudentes et seulement faites par une main exercée à ces sortes de choses. On peut facilement, soit par réflexe dans le catéthérisme, soit en attirant l'utérus en bas pour enlever un lambeau de muqueuse, amener la rupture du sac.

Au moment de la rupture, le diagnostic est en général facile, les accidents qui se passent du côté du ventre et de l'utérus amènent à faire un examen qui confirmera les prévisions.

L'état de l'utérus qui est mou, augmenté de volume dont le col est entr'ouvert; l'expulsion d'une caduque, une tuméfaction dans un des culs-de-sac ne laissent aucun doute sur la signification des accidents.

Cependant l'expulsion en masse de la caduque peut ressembler à un avortement, étant données les circonstances dans lesquelles elle a lieu, il suffit d'examiner le caillot pour voir que ce n'est pas un œuf.

Les symptômes auxquels donne lieu la rupture peuvent en outre simuler un empoisonnement par la rapidité de leur évolution et les circonstances où ils surviennent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grosse hématocele provenant de rupture. Guérison par opération
(Personnelle).

Veuve G..., 27 ans, bonnetière, réglée à 14 ans irrégulièrement, deux grossesses normales. Au mois d'octobre 1890, la malade se sentait indisposée, mal à l'aise, ses repas ne digéraient pas, pas d'appétit. Ses règles étaient complètement terminées depuis le 30 septembre. Dans la nuit du 14 octobre elle ressentit une violente douleur à gauche ; la malade compare ses douleurs à celles qu'elle a éprouvées dans ses accouchements. Elle prétend avoir à ce moment la sensation d'une tumeur comprimant violemment les intestins ; la malade faisait des efforts de défécations. « On aurait dit, prétend-elle, que la matrice allait s'ouvrir. »

Le médecin appelé le lendemain fit placer deux vésicatoires à droite et à gauche de l'utérus dans la région des ovaires, mais ne constata aucune tumeur. Repos au lit, injections chaudes laudanisées dans le vagin. Ce traitement soulagea la malade et le 27 elle put se lever ; mais le lendemain une crise violente avec sueurs froides l'obligèrent à garder de nouveau le lit.

Ces douleurs et ces sueurs froides persistant, la malade entra à l'hôpital le 30 octobre et fut placée dans le service de M. le Dr Roques ; elle ressentait à son entrée à l'hôpital des douleurs dans tout le ventre, douleurs se propageant dans le dos et dans les jambes.

On ne constata pas de tumeur proprement dite, mais un empatement assez grand, surtout à gauche et le diagnostic pelvi-péritonite fut porté.

Cataplasmes laudanisés, glace sur le ventre; injections d'eau chaude car la malade perdait beaucoup en rouge: tel fut le traitement institué.

Depuis que la malade a ressenti ces douleurs (14 octobre) elle a beaucoup perdu: les pertes cessaient un jour pour revivre plus abondantes le lendemain avec des douleurs de ventre très violentes; elle a perdu, dit-elle, de gros caillots de sang. Vers le 12 novembre, continuant à souffrir de plus en plus, l'empatement se limite mieux. M. Roques prononça le nom d'hématocèle et parla de faire venir M. le Dr Richelot. Passage de la malade en chirurgie le 20 novembre, service de M. Richelot.

Examen de la malade: A première vue ce qui frappe c'est la pâleur extrême de la malade et c'est seulement depuis le 14 octobre, dit-elle, qu'elle est aussi pâle.

Dans le petit bassin on sent une tumeur proéminente plus à gauche qu'à droite et paraissant très volumineuse. A gauche, cette tumeur remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se termine par une grosse extrémité arrondie; à droite, elle semble se terminer en pointe. La tumeur est douloureuse à la palpation: on sent un peu de fluctuation, mais difficilement.

Au toucher, on sent très difficilement l'utérus qui est en avant; on constate l'effacement des culs-de-sac.

Tous les signes rationnels et les signes physiques sont en faveur d'une hématocèle rétro-utérine; tel est le diagnostic porté. Les 1^{er} et 2 novembre, température du matin 39°2. Le 2 novembre au soir tombé à 37°2; depuis, plus de fièvre.

Opération le 21 novembre: laparatomie: incision de 8 centimètres sur la ligne blanche: péritoine ouvert. On se trouve en présence d'une très grosse poche dont la paroi est bientôt reconnue pour être celle de la trompe. Au lieu d'une hématocèle rétro-utérine, il s'agit d'un hémato-salpinx très volumineux du côté gauche. En explorant à droite, on trouve

une dilatation tubaire analogue, mais beaucoup plus petite : c'est aussi un hémato-salpinx.

La rupture de la poche sanguine étant produite à gauche, on agrandit l'ouverture et on enlève avec la main toute la masse de caillots sanguins noirs contenus dans la trompe. L'hémato-salpinx est très adhérent à l'intestin et à l'utérus. Les adhérences à l'intestin sont rompues patiemment et avec prudence, non sans grandes difficultés ; mais comme cette énorme poche est intimement unie à la surface de l'utérus et comme en outre les annexes du côté droit sont malades, adhérentes aux parties voisines et à l'utérus, M. Richelot prend le parti d'enlever tout d'un coup, en faisant l'hystérectomie abdominale. Les poches tubaires et l'ensemble des annexes étant donc sorties de l'abdomen avec l'utérus, on forme un pédicule sur le segment inférieur de l'utérus par le procédé de la ligature élastique perdue. Lavage du péritoine, sutures au catgut par étages.

La malade quitte le service le 21 décembre, complètement guérie.

OBSERVATION II

Rupture, mort rapide en quelques heures.

Sainclair Brit. Med. Journ., 1888, p. 127.

Nullipare, en traitement pour hypertrophie et rétroversion de l'utérus, pendant la plus grande partie de 1880. En novembre elle ne fut pas réglée ; en décembre, elle présenta des symptômes qui pouvaient faire croire à une grossesse, mais très légers, et d'après l'histoire de la maladie et les circonstances il semblait que ce fût improbable.

Le 1^{er} janvier 1881, elle se trouva subitement mal, avec sensation de faiblesse et de douleur dans les entrailles, le symptôme prédominant était la diarrhée avec ténésme. Elle s'affaiblit de plus en plus et mourut dans l'après-midi.

Autopsie : Abdomen plein de sang, grossesse tubaire de près de six semaines, rupture à la face postérieure du sac tubaire et largement ouverte dans le péritoine.

OBSERVATION III

Rupture précoce de grossesse tubaire, vers la troisième semaine.

Zucker. Centr. f. gynæk., 1888, p. 233.

Femme de 32 ans. Deux accouchements et un avortement. Réglée en décembre et en janvier. Le 12 février, tout à coup douleurs violentes qui cédèrent à un purgatif. Elle reprit ses occupations, et le 17, nouvelle crise douloureuse qui ne fut plus calmée par les lavements : le pouls était petit, la langue sèche, l'utérus dévié à droite, on sentait à sa gauche une masse molle pas nettement délimitable, la paroi abdominale était tendue. Malgré l'opium et des applications chaudes, son état empira ; à 11 heures du soir nouvel examen : pouls plus petit, pâleur plus grande du visage et du corps, extrémités froides, ventre extrêmement douloureux au moindre contact, tuméfaction quelque peu augmentée de volume par le toucher bimanuel.

Le lendemain opération : à l'ouverture du ventre trois ou quatre litres de sang liquide ou coagulé. Avec beaucoup d'attention on trouve une déchirure de la trompe gauche qui siégeait à l'union du tiers interne et du tiers moyen, déchirure de 5 millimètres de long sur 2 de large. Par un hasard heureux, on put retrouver dans les caillots une masse villeuse (chorionartige) qui plus tard se montra être un œuf expulsé in toto. — Extirpation des deux trompes, nettoyage, suture et pansement.

Le lendemain 19 février, pouls peu sensible, battements du cœur faibles, agitation extraordinaire, morte dans la matinée.

Le développement de l'œuf remontait à deux ou trois semaines seulement.

OBSERVATION IV

Rupture avec paroxysmes successifs pendant plus d'un mois.

Mac Murtry. Amer. Journ. of obst. 1889, p. 2042.

Femme de 28 ans, accoucha en décembre 1888. Bien qu'elle nourrit, elle eut ses règles en mars, avril et mai 1889. En juin pas de règles, signes de grossesse.

Le 26 juin, violent accès de douleur dans le bassin, douleur longue et paroxystique. Hémorrhagie vaginale moins abondante que les règles ordinaires, mais qui augmente le lendemain.

Le 28, nouvelle crise de douleurs, moins intense que la précédente, mais l'hémorrhagie augmenta et dura une semaine. Puis accalmie presque complète pendant une autre semaine.

Le 12 juillet, violente douleur avec retour de l'hémorrhagie. Pendant une semaine, chaque jour amena un nouveau paroxysme d'intensité décroissante, puis une période de calme apparent.

Le 27 juillet, douleur d'intensité inusitée avec shock et collapsus. L'auteur la vit le surlendemain. Pâle et affaiblie par hémorrhagie, pouls rapide, vomissements séreux, ventre tendu et douloureux. Bassin rempli de sang et péritonite surajoutée. Utérus repoussé à gauche. Hémorrhagie vaginale continue.

Opération le 30 juillet, rien de particulier.

OBSERVATION V

Rupture de grossesse tubaire au quatrième mois sans autre signe que la douleur et un écoulement vaginal.

Zweifel. Arch. f. Gynæk. Bd. XLI.

Femme de 38 ans. Quatre enfants, deux fausses couches. Quatre semaines avant l'arrivée des règles, elle ressentit pendant la nuit une douleur soudaine et très violente dans le ventre qui la garda huit jours au lit. Le mois suivant elle eut ses règles comme d'habitude, mais deux jours après, nouvelle douleur violente, mais avec perte de sang qui dura pendant dix jours.

Grosse tumeur dans l'abdomen, qui s'étend du cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'à l'ombilic, remplit tout le petit bassin de consistance élastique. L'utérus est repoussé à gauche et en avant et augmenté de volume.

Diagnostic : kyste de l'ovaire enflammé par torsion du pédicule. A cause de la fièvre qui se montrait, on posa la laparotomie comme indication vitale.

L'opération montra que c'était une grossesse extra-utérine rompue avec formation d'hématocèle intra-péritonéale.

OBSERVATION VI

Rupture insidieuse de grossesse tubaire.

Bl. Sutton, Lancet, 1891.

En août 1886, j'enlevai les trompes et les ovaires d'une femme de 35 ans; on l'avait traitée quelques semaines auparavant pour une salpingite chronique supposée et on trouvait facilement sur le côté de l'utérus une tumeur ronde. Les symptômes avaient été insidieux. Jamais elle n'avait eu de crise douloureuse aiguë ni d'arrêt des règles. En enlevant les annexes gauches, on les trouva adhérentes à un grand repli de l'épiploon, qui contenait un caillot et une once de sang liquide. L'ovaire contenait des follicules de de Graaf gros, ce qui faisait supposer qu'un d'eux s'était rompu et avait donné lieu à l'hémorragie. Ce fait m'intrigua à cette époque, mais j'ai gardé soigneusement la pièce. Trois ans après, je l'examinai et je trouvai une rupture près de l'extrémité abdominale. Dans le pli du grand épiploon adhérent à la trompe, il y avait une masse ronde de caillot laminé et dans celui-ci un œuf apoplectique gros comme une noisette. Dans un coin de la circonférence, on reconnaissait au microscope des villosités choriales typiques.

OBSERVATION VII

Rupture de grossesse tubaire, opération. Mort par hémorragie secondaire, due à la déchirure de néomembranes très vasculaires.

Kaltenbach. Zeitsch. f. Gynæk, 1889.

Femme de 30 ans, multipare, dernière grossesse il y a cinq ans. Il y a six semaines les règles ont cessé et les signes d'une grossesse se montraient lorsqu'éclatent brusquement des symptômes graves : douleurs abdominales, vertiges, vomissements, perte de connaissance : signes d'hémorragie interne.

On supposa la rupture d'une trompe gravidique. Laparotomie immédiate. L'opération alla bien, la femme semblait se rétablir complètement, quand, trente-six heures après, elle succomba dans le collapsus.

Autopsie : Trois cents grammes de sang environ dans l'excavation. Ligatures solides. L'origine de cette hémorrhagie secondaire était manifestement dans la rupture d'adhérences néomembraneuses très vasculaires, s'étendant de la face postérieure de l'utérus et de la trompe vers la cavité de Douglas. Ces néomembranes préexistaient à la grossesse et semblaient provenir d'une péritonite puerpérale antérieure.

OBSERVATION VIII

Rupture de grossesse tubaire, avec persistance de l'hémorrhagie, des vomissements et des douleurs pendant deux mois.

Tuttle. Am. Journ. of Obstet, 1890, p. 15.

Femme de 27 ans, réglée encore le 25 mars 1888, restée en bonne santé jusqu'au 10 mai, où elle eut une légère hémorrhagie, avec douleurs considérables dans la région iliaque.

Le 24 mai, douleur subite suivie de l'expulsion d'une substance charnue, avec de petits caillots sanguins. Depuis cette époque jusqu'à l'opération, cette hémorrhagie de caillots a continué, avec des crises de nausées et de vomissements, des douleurs comparées à des crampes, dans la partie inférieure de l'abdomen, de la sensibilité du ventre.

Opération le 18 juillet. Guérison.

OBSERVATION IX

Hématocèle extrapéritonéale dans le ligament large.

L. Tait. Lectures on ectopic Gestation.

Malade régulièrement réglée, qui n'avait pas eu d'enfants. Occupée à un jeu de société, elle ressentit subitement une violente douleur dans le bassin et les symptômes s'aggravèrent si rapidement que quatre heures après le début elle était dans le collapsus. Présence d'une grosse tumeur ovoïde, bien limitée, très dure, dépassant le niveau du bassin. Son sommet était complètement immobile, car l'épanchement suivait le pourtour du bassin et entourait complètement le rectum.

Laparotomie le lendemain: On retire de la cavité du ligament large près de deux litres de caillots et un fœtus avec un placenta d'environ neuf semaines. Suture des parois du kyste aux bords de la plaie abdominale, guérison rapide.

L'épanchement sanguin causait l'obstruction complète du rectum par constriction annulaire.

OBSERVATION X

Hématocèle intra-ligamenteuse, sous-péritonéale

Griffith Trans. Obst. soc. London, vol. XXXIII, p. 126.

Femme de 32 ans, qui eut, dans le courant de mai 1889, quatre crises de douleurs abdominales, avec symptôme d'anémie et de collapsus. Rupture au début du 4^e mois de grossesse ectopique. Opération le 4 juin, mort par hémorrhagie.

Autopsie: Le sac occupe tout le côté droit de la cavité pelvienne, repoussant à gauche l'utérus augmenté de volume et comprimant le rectum.

Le sac, après durcissement dans l'alcool, présente trois pouces dans toutes les dimensions, intimement adhérent à l'utérus et recouvert par le péritoine.

La partie supérieure du sac mince et transparente a été détruite pendant l'opération. Le reste du sac, d'une épaisseur considérable, est couché dans le ligament large, séparé de la vessie en avant des parois du bassin, en arrière par du tissu cellulaire plus ou moins lâche. La paroi du sac semble être formée de tissu conjonctif dense et plus épais en arrière, une partie de cette paroi postérieure est criblée de sinus et correspond au point d'implantation du placenta. Derrière et au dessous du sac dans les tissus cellulaires lâches qui le séparent du rectum et du vagin, grande quantité de sang extravasé.

Le placenta est situé à la partie postérieure et externe du sac; il est moins épais et plus diffus que le placenta utérin. Il a des adhérences si légères avec le sac qu'il faut des précautions pour éviter la séparation de toute la masse. L'examen microscopique en explique la raison: le seul moyen d'union

est un caillot sanguin d'une épaisseur très limitée ; nulle part on ne voit les villosités pénétrer dans les tissus maternels.

Près du sommet du sac, dans une logette du péritoine, l'ovaire avec un corps jaune.

Cette poche est formée par le péritoine soulevé et par la trompe dilatée, au niveau de la portion vasculaire de la paroi elle est formée en allant de dehors en dedans par le péritoine, du tissu cellulaire lâche et graisseux avec de grands et nombreux vaisseaux qui ressemblent à des sinus, puis des fibres musculaires lisses à disposition circulaire très régulière, enfin du tissu cellulaire où s'attachait le placenta, mais rien qui indiquât la présence d'un système de sinus maternels, à la place un caillot, qui avait probablement détruit ce système intervillositaire et qui séparait les villosités des parois du kyste.

Lésions de salpingite destructive dans la trompe gauche.

OBSERVATION XI

Rupture dans le ligament large. Grosse hématoécèle sous-péritonéale.

Morisson. Edimburg Med. Journ., 1888, T. 34.

Femme de 30 ans, 5 enfants. Normalement réglée. Il y a deux ans, gastro-entérite. Le 6 décembre, elle se plaint de douleurs dans la partie inférieure du ventre, qui reviennent périodiquement et la maintiennent au lit pendant quelque temps. Le 13 décembre, hémorrhagie considérable par le vagin, qui, avec les douleurs abdominales et la probabilité d'une grossesse (les règles avaient manqué une fois) fit croire à un avortement.

Elle ne voulut pas être examinée. L'hémorrhagie continua plus ou moins interne pendant quelques jours. Les douleurs devinrent plus fréquentes, la santé générale moins bonne, l'appétit nul. T. le matin 100, le soir 101.

24 décembre, examen : tumeur molle et sensible dans le cul-de-sac de Douglas. 28 déc. examen sous le chloroforme : utérus volumineux avec col mou. Derrière est une tumeur molle, élastique, s'étendant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, et fortement adhérente à l'utérus. Les seins contiennent du colostrum, aréole bien marquée.

Diagnostic : grossesse extra-utérine. On attend pour opérer que l'état général se soit amélioré.

Opération le 2 janvier. Depuis le dernier examen la tumeur avait augmenté et remontait jusqu'à l'ombilic. Après l'ouverture du ventre, épiploon qui adhère à la tumeur dans sa moitié inférieure. La tumeur qui est libre par en haut est adhérente à la cavité de Douglas et à la paroi du bassin. Il est impossible de l'énucléer. Incision de la paroi du kyste après avoir préservé la cavité péritonéale avec des éponges. Hémorrhagie formidable s'ensuit, arrêtée par une éponge placée dans la plaie. Le placenta était situé en haut et en avant et fut intéressé par l'incision. On laisse l'éponge en place, on suture le sac à la paroi, on ferme le reste de la cavité abdominale.

3 janvier. On enlève l'éponge, l'hémorrhagie recommence, arrêtée par un tampon en gaze.

11 janvier. La fièvre s'élève graduellement depuis l'opération. Ponction dans le sac avec une seringue de Pravaz, on passe un conducteur le long de l'aiguille, on agrandit l'ouverture, il en sort une pinte et demie de liquide sanglant, contenant des flocons de pus ; la cavité est remplie avec de la gaze.

25 janvier. En essayant d'enlever une partie du placenta, hémorrhagie. On explore le sac et on trouve un fœtus d'environ deux mois.

8 février. La poche se ferme, la malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XII

Ruptures successives probablement dans le ligament large. Enkystement.

Un an après, expulsion des débris osseux par la vessie.

Thompson. Amer. Journ. of obst. 1889, p. 810.

Femme de 22 ans, bien et régulièrement réglée jusqu'en mai 1887 ; ses règles ne reparurent pas ce mois-là ; elle eut des nausées, des vomissements et se plaignit de malaise général.

Le 10 juin, douleur excluriente dans le bas du ventre, qui dura trois jours et la maintint au lit ; trois crises nouvelles dans le courant du mois et de même durée.

Gauthier. — 9.

En septembre, nouvelle crise plus intense que les précédentes et la maintint au lit plus longtemps. Elle était très prostrée. A ce moment elle s'aperçut pour la première fois que son ventre augmentait. Pendant l'été, mais sans pouvoir préciser l'époque, elle rendit des membranes par le vagin,

En présence de cet état vague, on fit le diagnostic de crampes, de coliques, de grossesse, de fibrome utérin.

En avril 1888, l'auteur la vit pour la première fois. Au toucher elle présentait une tumeur grosse comme une orange sur le côté gauche de l'utérus. Sa connexion avec la vessie amenait des mixtions fréquentes. L'état général était bon. Thompson diagnostiqua un kyste de l'ovaire ou un fibrome de l'utérus.

En mai, la tumeur augmentait toujours de volume, les douleurs devenaient plus grandes, les symptômes de cystite plus intenses : les urines étaient épaisses, sédimenteuses et contenaient des débris durs qu'on reconnut au microscope pour être des os.

Son état s'améliora peu à peu et le 13 juin les règles étaient revenues.

OBSERVATION XIII

Rupture primitive dans le ligament large, secondaire dans le péritoine.

Martin. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1892, p. 23.

A l'opération, l'auteur reconnaît qu'il a affaire à une hématocele intra-péritonéale secondaire. L'œuf s'était rompu dans le ligament large, l'hémorrhagie continuant avait rompu le ligament, de sorte que l'hématome intra-ligamentaire avait donné lieu à une hémorrhagie intra-péritonéale.

OBSERVATION XIV

Rupture de grossesse ectopique, le fœtus continue à vivre. Faux travail au dixième mois. Enkystement du fœtus mort. Grossesse normale de six mois après.

Worrall. *Brit. Med. Journ.* 23 mars 1891.

Femme de 30 ans. Cinq grossesses antérieures. Au milieu d'une santé parfaite et après un retard de 15 jours, elle est

prise pendant le sommeil de violentes douleurs abdominales avec vomissements et collapsus; écoulement vaginal qui dure plusieurs heures.

Deux semaines après on constate sur le côté gauche de l'abdomen une tumeur qui grossit.

Quatre mois plus tard, il y a des battements dans cette tumeur.

Au dixième mois, faux travail, puis la tumeur diminue de volume et la menstruation reparait régulièrement.

Six mois après cette tentative de travail, nouvelle suppression des règles, le ventre augmente de volume, on trouve une tumeur bilobée que l'on diagnostique grossesse normale avec grossesse ectopique.

Laparotomie : on enlève facilement le fœtus extra-utérin, mais on est obligé de suturer à la place abdominale le sac qui contient le placenta.

Le lendemain avortement utérin.

Guérison définitive après suppuration du sac et élimination du placenta.

OBSERVATION XV

Rupture de grossesse tubaire. Fœtus continue à vivre jusqu'au huitième mois. Opération sept mois après sa mort à cause du mauvais état général.

Bokelmann. Cent. f. gynæk. 1892, p. 303.

Femme de 39 ans, accouchement normal six ans avant, n'a pas été réglée en décembre 1890, ni les deux mois suivants. Au début de mars, fortes hémorrhagies avec attaques répétées de collapsus et symptômes de péritonite. A la fin d'avril, utérus à peine augmenté de volume, repoussé en avant et à gauche. Sur le bord droit de l'utérus, tumeur à large base, grosse comme le poing, dure et ronde, faisant une forte saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

Diagnostic : grossesse tubaire développée dans le ligament large avec rupture du sac et formation d'hématocèle.

Mais la marche ultérieure de l'affection, rapide accroissement de la tumeur, mouvements du fœtus, audition des bruits cardiaques, montrèrent qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine continuant à s'accroître.

Le 17 octobre, symptômes qui permirent de croire à la mort du fœtus. Tout alla bien pendant quelques mois. En mai 1892, l'état général s'aggrave, malaises de toute sorte, amaigrissement, température régulièrement élevée.

Opération le 13 juin 1892. Guérison.

OBSERVATION XVI

Grossesse tubaire double successive.

Mackenrodt. Central. f. Gynæk. 1892, p. 123.

Femme âgée de 32 ans, deux grossesses normales, un avortement. En mai 1890, pas de règles; en juin, pertes régulières, douleurs violentes du côté droit, fièvre 40° de température. L'anémie était si grande que son état devint menaçant, on proposa une opération qui ne fut pas acceptée.

La malade se releva très lentement et put quitter le lit en août, elle se remit par un séjour à la campagne, mais les douleurs dues à une péritonite chronique d'intensité croissante, persistèrent à ce point, que jamais la malade ne put reprendre ses occupation de ménagère. Les pertes irrégulières disparurent et les règles normales se montrèrent en octobre.

Au mois de septembre 1891 elle n'eut pas ses règles et à la fin d'octobre elle présente à nouveau des pertes irrégulières, des douleurs du côté gauche, de la fièvre, 40°5. A l'examen masse dure non définie à droite de l'utérus et une tumeur très molle grosse comme un œuf d'oie à gauche et derrière l'utérus.

Opération : la poche gauche, qui se rompit pendant l'extirpation, était macroscopiquement comme plus tard au micros. cope grossesse tubaire. Du côté droit, la tumeur était recouverte et ensevelie dans des adhérences avec les anses intestinales, on ne trouva pas l'ovaire, la trompe était rudimentaire et par l'orifice abdominal on sentait sortir les os des extrémités fœtales.

OBSERVATION XVII

Grossesse extra-utérine à marche clinique simulant un étranglement interne, compliqué d'accidents péritonéaux.

Behier. Gaz. Hebdomad., 1873.

Femme âgée de 33 ans, ayant eu un enfant quatre ans auparavant. Entrée à l'Hôtel-Dieu, le 20 octobre 1872. Quelques jours avant son entrée, écoulement sanguin léger, en dehors des époques menstruelles; à son entrée elle se plaint de douleurs vagues dans la région hypogastrique, dans les fosses iliaques et dans les reins. Pas de selles depuis une semaine. Le ventre est un peu tendu, médiocrement douloureux à la pression. Pas de tumeur dans le ventre, on sent par le toucher vaginal quelque chose qui semble être des matières fécales dures dans le rectum. Rien au cœur, sauf un souffle doux d'anémie, rien aux poumons, urines normales. — Traitement : Huile de ricin, 30 gr. et lavement purgatif.

A la suite, selles assez copieuses. Amélioration sensible, et la malade se croyait guérie, quand le 8 octobre, elle est prise de vomissements verdâtres répétés, de hoquet, de constipation absolue, avec douleur hypogastrique très accentuée. Pouls 86. Température 37°5. Traitement : Eau de Sedlitz en tisane, lavements d'eau de Seltz.

10 novembre. Les vomissements persistent; selles très peu abondantes muqueuses, inappétence absolue, ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression.

11 novembre. Selles toujours peu abondantes, persistance des vomissements brunâtres, d'aspect fécaloïde sans odeur caractéristique, douleurs lombaires intenses.

12 novembre. Vomissements, pouls petit et filiforme, 100 à 120. Température 37°, faciès grippé, douleurs abdominales très intenses, ventre très sensible à la pression.

13 novembre. Persistance des vomissements jaunâtres. Pas de selle, ventre empâté donnant la sensation d'un gâteau. A la palpation, résistance manifeste de la région iliaque et hypogastrique droite. Au toucher vaginal : utérus immobilisé, col

dirigé en arrière dans le cul-de-sac postérieur, tumeurs arrondies assez résistantes que l'on prend pour un amas de matières fécales. Traitement : Eau de Sedlitz en boisson, lavement purgatif.

14 novembre. Forte selle liquide, vomissements verdâtres, hoquet fréquent, soif vive, voix faible et cassée. Température le matin 36°2, le soir 35°.

15 novembre. Les vomissements se succèdent sans interruption. Température 36°4. Pouls à 60. Affaiblissement général. Mort le lendemain matin.

Autopsie : Coloration noire bleuâtre du grand épiploon et du péritoine. Dans le petit bassin, gros caillots sanguins du volume du poing, adhérents au rectum, aux anses intestinales et à la paroi antérieure de l'abdomen. Le pavillon de la trompe gauche adhère au caillot et se perd à sa surface et dans son épaisseur. Les ovaires, les trompes et l'utérus sont sains. En faisant des coupes on voit peu de caillot en forme de courbes stratifiées, et qu'au milieu il y a une poche lisse contenant un fœtus parfaitement conformé et paraissant âgé de six semaines.

OBSERVATION XVIII

Hématocèle rétro-utérine. Symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.

Prengrueber et Vicence. Semaine médicale, 1886.

Femme de 30 ans, pas d'enfant, régulièrement réglée, n'avait pas eu ses règles en juillet 1885. Le 1^{er} août, brusquement douleurs de grande intensité dans le bas ventre, léger écoulement sanguin : accident de courte durée et le lendemain elle reprend son travail.

8 août. Nouvelle crise analogue mais qui persiste et la douleur s'aggrave à ce point, que le 22 août elle est obligée de s'aliter : 8 sangsues sur le flanc gauche qui calment la douleur. A cette époque l'état général est bon et les diverses fonctions s'accomplissent d'une façon convenable.

Dans les premiers jours de septembre, le ventre paraît

grossir et l'on constate dans le flanc gauche une tumeur du volume du poing: Bon état général.

11 septembre. Elle vomit brusquement une cuvette de liquide brunâtre, ces vomissements se renouvellent un grand nombre de fois dans la journée et les garde-robes se suppriment.

12 septembre. Malgré la thérapeutique : purgatifs, lavements, catéthérisme rectal, les vomissements sont plus abondants que la veille, d'aspect et d'odeur fécaloïde. L'état général s'aggrave : anxiété extrême, faciès frippé, pouls fréquent, petit, serré ; respiration haletante, extrémités froides, voix faible. Dans la journée évacuation claire assez abondante, mais n'apportant aucun soulagement et suivie de constipation absolue.

Examen : ventre dur, tendu, quelque peu ballonné, mais indolent. Tumeur volumineuse occupant tout le flanc gauche, remontant jusqu'à l'ombilic, régulière et rénitente. Par le toucher rectal combiné ou palper abdominal, on trouve que la tumeur est fluctuante, et qu'elle contient une autre tumeur dure ; utérus refoulé en haut et immobilisé derrière l'utérus. col entrouvert.

13 septembre. Vomissements fécaloïdes plus fréquents, intolérance absolue de l'estomac. L'aspect de la malade est celui d'un cholérique à la période algide. Malgré cet état si grave, opération dans la soirée par M. Prengruber.

Laparotomie sur la ligne médiane ; après destruction des adhérences que les anses intestinales font entre elles, s'échappe un jet de liquide de couleur chocolat, d'origine hématique, il en sort 500 gr. Lavage de la poche avec solution phéniquée faible, suture de la plaie abdominale en laissant un drain dans l'angle inférieur de la plaie.

14 septembre. La malade va à la selle, les vomissements ont cessé. A partir de ce moment l'état général se relève, la guérison suit son cours régulier, et au bout de 15 jours, la malade commence à se lever. Après 6 semaines ses règles apparaissent sans accident d'aucune sorte.

Les auteurs attribuent les accidents à une soudure de l'intestin dans le magma des adhérences.

OBSERVATION XIX

Rupture d'une grossesse tubaire dans les premières semaines. Mort par paralysie intestinale et signes d'obstruction.

Bræsc. Centralb. f. Gynæk. 1891.

Femme de 34 ans, qui avait eu deux couches normales, et deux avortements. Le mois d'octobre 1890, elle n'eut pas ses règles, mais à la fin du mois hémorrhagie qui dure 14 jours.

Le 11 novembre elle présenta subitement tous les signes d'une anémie aiguë. On diagnostique hémorrhagie interne par rupture de grossesse extra utérine. On se disposait à l'opérer, mais la malade se releva rapidement, son état général s'améliora, on put croire l'hémorrhagie arrêtée.

Le 14 novembre, l'état général s'aggrave de nouveau. Quelques vomissements dans la nuit, tympanisme énorme du ventre, qui devient tendu et douloureux. Pouls petit. Les vomissements sont devenus continus dans la journée. Par des lavements portés le plus haut possible, on ne put obtenir l'évacuation des gaz intestinaux. L'état général s'aggrave de plus en plus.

Le diagnostic hésitait entre : péritonite, iléus au début ou paralysie intestinale. Dans l'après-midi laparotomie exploratrice, péritoine rempli d'une masse de sang liquide ou coagulé. Les anses intestinales étaient si dilatées qu'elles faisaient saillie à travers la plaie abdominale. Déchirure de 2 à 3 cent. sur la trompe droite près de son extrémité utérine, œuf libre dans la cavité de Douglas au milieu de caillots. Pas traces d'obstacle mécanique sur le parcours de l'intestin. Pendant les manœuvres exploratrices, les gaz s'échappèrent par le rectum. Mort 2 h. 30 après l'opération.

OBSERVATION XX

Rupture de grossesse tubaire. Signes d'occlusion intestinale. Opération. Mort.

W. Th. Stocker. Dublin. Journ. of Med. 1889.

Femme de 24 ans, amenée à l'hôpital, le 19 janvier 1889, pour des symptômes d'obstruction intestinale.

Mariée à 20 ans ; six mois et demi après, naissance d'un enfant mort. A partir de cette époque elle éprouva une douleur presque continue dans la région inguinale droite, ce qui la fit entrer à l'hôpital.

Régulièrement réglée jusqu'en novembre 1888, a été 2 mois sans voir. Elle pensait être enceinte à nouveau. Le 8 janvier, hémorrhagie. Le 12 janvier, dans la rue, douleurs très vives avec collapsus partiel. Entre le 12 et le 19, pendant une semaine, elle continue à souffrir, avec insomnie, intolérance absolue de l'estomac, vomissements, constipation ; traitement : lavements et purgatifs.

Quand l'auteur la vit, elle présentait un mauvais état général : faciès anxieux, pouls petit. Température à 98° F., peau froide, langue sèche. Les vomissements étaient continus, mais n'avaient pas le caractère fécaloïde. Le ventre était tendu et tympanisé, mais d'une façon modérée. Il y avait une légère tuméfaction de la région inguinale droite, au-dessus du ligament de Poupard. Le rectum était vide, l'utérus poussé en bas et immobilisé. Le cul-de-sac recto-vaginal présentait une tuméfaction marquée.

On décide de faire la laparotomie qui serait exploratrice ou curatrice. Le diagnostic était très incertain : Bien qu'elle n'eût pas été à la selle depuis une semaine, son état ne ressemblait pas à celui d'une obstruction intestinale primitive.

L'histoire des troubles menstruels antérieurs, cette atteinte soudaine au milieu d'une bonne santé, avec douleur continue, tout cela s'éloignait des conditions habituelles de l'occlusion intestinale.

On remit l'opération au lendemain. Stocker essaya de passer un long tube dans le rectum, il pénétra seulement de 8 à 9 pouces et l'eau introduite revint tout de suite. Traitement : un grain d'extrait de belladone et un grain de calomel toutes les 3 heures, stimulants. Opium en quantité suffisante pour calmer les douleurs.

Pendant la nuit, elle dormit un peu et le lendemain les douleurs étaient relativement moindres, mais elle continuait à vomir souvent et les matières vomies avaient l'aspect fécaloïde.

Laparotomie le 21 janvier ; l'abdomen ouvert, le grand épiploon était tellement adhérent à la paroi abdominale antérieure qu'on ne put rompre les adhérences, on les sectionne entre deux ligatures. Le péritoine était très enflammé, grande quantité de sang noir et fluide et de caillots dans le bassin et la partie inférieure. Les anses intestinales des parties correspondantes étaient couvertes d'adhérences.

Sur le ligament large, tumeur grosse comme un œuf de poule, qui était évidemment le siège d'une grossesse ectopique et la source de l'hémorrhagie, c'était une tumeur tubaire sans connexion avec l'ovaire ou l'utérus. Le gros intestin était comparativement vide, le petit plus distendu. Il semblait que l'obstruction due à la pression par les caillots siégeait sur le petit intestin à sa terminaison.

Je passe sur les différents temps de l'opération qui fut longue et laborieuse. La malade mourut 8 heures après, abattue par ses souffrances antérieures et par le shock.

OBSERVATION XXI

Rupture de grossesse tubaire, Accidents d'occlusion intestinale.
Mort sans opération.

Littauer, Centralb f. Gynæk.

Femme qui s'était toujours bien portée jusqu'alors, présente tout à coup des symptômes abdominaux consistant en douleurs intenses, vomissements, tenesme rectal, syncopes répétées. L'auteur voit la malade peu après le début des accidents. Il trouve le pouls petit, un peu augmenté de fréquence et une légère hémorrhagie vaginale. Le ventre est sensible dans la région ombilicale. Il pense à une occlusion intestinale.

On la conduit à l'hôpital pour l'opérer.

Diagnostic : Perforation intestinale avec péritonite.

Elle meurt dans la soirée.

Autopsie : Pas trace de péritonite. Un litre et demi de sang dans le bassin, dû à la rupture d'une trompe gravule. L'embryon avait à peu près 3 semaines.

OBSERVATION XXII

Rupture ayant simulé au début une occlusion intestinale. Laparotomie.
Guérison.

Wegener. Centralb. f. Gynæk. 1891.

Le 25 janvier 1891, l'auteur fut appelé auprès d'une femme de 25 ans, ayant eu auparavant une grossesse normale, toujours régulièrement réglée et qui fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales, avec vomissement et rétention d'urines. Le ventre était sensible à la pression. Pendant 8 jours la malade n'alla pas à la selle, le ventre était ballonné et tympanique.

Il crut avoir affaire à une occlusion intestinale. Elle fut transportée à l'hôpital. Traitement : Glace et opium. Après 14 jours, le ventre était redevenu souple; apparition des règles. En même temps que les règles, attaque de collapsus et de douleurs comme la première fois. Ces attaques se répétèrent 4 fois dans l'espace de 12 jours. Peu à peu on constata une tumeur qui s'étendit jusqu'à l'ombilic.

A l'opération : Grosse cavité sanguine qui contenait un fœtus macéré de 2 mois.

OBSERVATION XXIII

Rupture de Grossesse tubaire, symptômes graves de collapsus.
Guérison par opération.

Parson. Brit. Med. Journ., 1891, p. 751.

Femme de 37 ans, régulièrement réglée jusqu'il y a trois mois. Brusquement le 11 juillet, en revenant du marché, prise de douleur angoissante dans l'abdomen, et de défaillance, « comme si quelque chose se décrochait dans son ventre. » Le soir elle était dans le collapsus, et en état de mort apparente. Potion de morphine et d'éther.

Le 12 juillet, la face et les muqueuses sont pâles, le faciès pincé et anxieux, le pouls 130 petit et irrégulier, la température à 96°. L'abdomen est tendu et très sensible, tympanique autour de l'ombilic, mat dans les flancs. Sensation de plénitude mal définie avec augmentation de résistance dans le flanc

gauche. Par le vagin, le col est ouvert. Envies constantes de vomir, vomissements de mucosités et de bile. Grande dyspnée, respiration superficielle et thoracique. 40 mouvements par minute.

Opération le 14 juillet. Guérison sans encombre.

OBSERVATION XXIV

Grossesse extra utérine, Rupture, Hémorrhagie intra-péritonéale, compression des uretères. Mort par urémie.

Ch. Leroux. Soc. Anatomique, 1877, p. 255.

Femme de 29 ans, régulièrement réglée depuis l'âge de onze ans, trois grossesses normales. Vers le mois de novembre 1876, elle ressent dans le ventre des douleurs assez vagues et se trouve plus faible. Cet état persiste jusqu'au 19 février 1877. Jusqu'alors ses règles, toujours régulières, apparaissaient le 19 de chaque mois datant de 12 à 15 jours. Le 19 février, elle est prise de douleurs vagues dans le ventre et voit apparaître ses règles, elle perd à peu près comme d'habitude, lorsque subitement, le 1^{er} mars, alors que ses règles duraient encore, elle ressentit des douleurs vives dans le bas-ventre, avec nausées, vomissements, vertiges, elle devint pâle et froide et crut qu'elle allait perdre connaissance. Dans la journée, vives coliques, hémorrhagies avec caillot.

Entre à l'hôpital le 3 mars : pâleur et faiblesse extrême, mais sans œdème, état subsymopal : abdomen volumineux, dur, tendu, on y constate une tumeur dure, bosselée, assez résistante, mais élastique, remontant jusqu'à l'ombilic, et occupant une partie de la fosse iliaque droite ; par le toucher vaginal, les culs-de-sac latéraux sont effacés, le postérieur fait une saillie arrondie ; le col de l'utérus repoussé en haut et en avant, l'orifice mou et entr'ouvert.

Rien au cœur, aux poumons.

Dans l'après-midi plusieurs syncopes.

4 mars, même état, rétention d'urine, on la sonde. Deux syncopes dans la soirée.

5 mars, légère amélioration. — 6 mars, trois syncopes dans la matinée, état de faiblesse et de prostration marqué. Du 17 mars

au 20, fièvre élevée, quelques vomissements, ventre plus tendre et plus douloureux.

Le 20, un accès caractéristique d'éclampsie.

Le 22 mars, dans la matinée, attaques épileptiformes à accès multiples séparés par une détente de durée variable. A neuf heures on la trouve dans l'état suivant : perte de connaissance complète, visage pâle, pupilles dilatées, traits non déviés ; respiration rapide et stertoreuse, pouls à 120. Les membres supérieurs dans la flexion complète sont contracturés, les membres inférieurs dans l'extension et contracturés. A cette période de convulsions toniques succèdent des convulsions cloniques peu accusées.

Ces attaques se continuent jusqu'au lendemain matin, séparées par des périodes de calme plus ou moins longues sans que la malade reprenne connaissance.

Le 23 mars, le matin, la malade est dans la résolution, elle paraît avoir sa connaissance et semble vouloir parler, elle meurt le soir dans le collapsus.

Autopsie : Hématocèle intrapéritonéale encapsulée par les organes voisins adhérents, grossesse tubaire. Ce qu'il y a de plus remarquable c'est le volume des reins ; le droit a presque triplé de volume, l'uretère est aussi plus volumineux jusqu'au détroit supérieur, point de compression. Les colires sont triplés d'étendue.

Le rein et l'uretère gauches sont beaucoup moins atteints.

OBSERVATION XXV

Avortement tubaire. Formation d'hématocèle. Opération trois mois après.
Morte par cachexie cancéreuse.

Muret. Zeits. f. Geburts. med. Gynæk. 1893, p. 23.

Femme de 37 ans, huit grossesses normales, quatre fausses couches, dernières règles 8 jours avant son entrée, le 4 août 1891. Elles furent si abondantes qu'elle dut garder le lit, expulsion de débris.

Le jour de son entrée, 4 août, vers minuit, en allant à la selle, douleur subite et violente dans le bas-ventre, douleur qui revint par accès.

Examen à son entrée : Femme forte et bien bâtie, un peu pâle, extrémités froides, T 35°8. Pouls petit et fréquent, douleurs très violentes par crises surtout dans la région lombaire. Rien du côté des reins, du cœur ou du poumon, ventre légèrement ballonné, tendu, partout sonore à la percussion. Ecoulement vaginal sanieux et sanguinolent venant d'un carcinôme du col de l'utérus. Utérus un peu augmenté de volume, en antéversion. A gauche épaissement du ligament large, rien à droite, cavité de Douglas libre.

5 août. Pas d'amélioration, T 36°5. Pouls petit et fréquent à 150. Douleurs très violentes mais non continues, l'exploration ne donne rien de nouveau.

Les symptômes qui ne sont pas ceux d'une anémie aiguë, mais bien plutôt de shock, sont de signification douteuse. Le diagnostic reste en suspens entre grossesse tubaire rompue, perforation intestinale, coliques hépatique ou néphrétique contre la possibilité d'obstruction intestinale; on donne des lavements qui amènent des évacuations abondantes et du soulagement.

7 août, la malade se sent bien. Le pouls lent et fort, une caduque est rejetée de l'utérus sans douleur, elle ne présente pas de villosités chorales.

9 août, elle se croit guérie.

12 août, examen sous le chloroforme. Cancer du col, utérus un peu augmenté de volume élevé et en anteflexion. Dans la cavité de Douglas, tumeur élastique qui s'étend à mi-chemin entre l'ombilic et la symphise, à limites supérieures peu nettes, recouvertes par les anses intestinales. A gauche, la trompe se laisse suivre sur une petite étendue, à droite elle forme une petite tuméfaction comme une noix au-devant de la tumeur avec laquelle elle adhère. On fait le diagnostic de rupture de grossesse tubaire droite.

17 septembre, les règles reparaissent et durent trois jours.

17 octobre, nouvelles règles; le cancer augmente et commence à envahir la vessie. Dans la cavité de Douglas, tumeur grosse comme le poing, dure, formée par l'hématocèle en voie de résorption.

31 octobre, opération par Freund. Il circonscrit par une

incision le col de l'utérus qu'il dissèque d'avec la vessie. Puis il fait la laparotomie. Derrière l'utérus agrandi, on voit sortir un corps allongé épais d'un pouce, bleuâtre et adhérent aux anses intestinales, l'utérus est couvert de fausses membranes.

Derrière la trompe droite, au milieu des adhérences, il y a une grosse masse dure qui se perd dans la profondeur. On détruit les adhérences, on énuclée la tumeur qui a le volume du poing et qui est en rapport avec l'extrémité abdominale de la trompe. Puis on fait l'hystérectomie totale.

1^{er} novembre. — Pouls petit, à peine sensible, T. 35°3, extrémités froides, par un traitement énergique, elle se relève peu à peu.

Les suites de l'opération furent heureuses, mais la récurrence du cancer amena la mort par cachexie huit mois après.

Examen des pièces : La trompe, longue de 9 cm., augmente tout à coup de volume vers le milieu, sa partie externe forme un léger coude en bas et en arrière. L'orifice abdominal est largement ouvert, on y voit des débris de tissus qui, à première vue, peuvent être pris pour des franges, son bord libre et haché va de l'orifice à l'ovaire, à la partie supérieure on y reconnaît manifestement une frange, le reste est recouvert de fausses membranes et difficile à reconnaître. A l'extrémité de la trompe est fortement accolée la partie d'hématocèle. La trompe ne présente nulle part de déchirure de la paroi, son canal est sinueux mais libre dans toute l'étendue. L'hématocèle est grosse comme le poing, couverte de myosites et d'adhérences dictuvées.

OBSERVATION XXVI

Avortement tubaire. Guérison par opération.

Westermarck. Hygica, 1885, n° 6. Analysé in Centralb. f. Gynæk, 1885, p. 1634.

Femme de 23 ans, ayant eu de la dysménorrhée auparavant. A la fin de décembre 1883, pas de règles et symptômes de grossesse. En mars 1884, pertes de sang, et le 19 mars, violente douleur dans le ventre avec hémorrhagie et rétention d'urine.

Examen le 25 mars : Tumeur élastique grosse comme le

poing sur le côté gauche de l'utérus, qui est augmenté de volume et en antéversion. Le 28 mars, douleurs, diarrhée, vomissements, signes de collapsus. Elle se remet vite de ces accidents et le 2 avril elle rend une caduque complète. La faiblesse augmente de jour en jour, l'hémorrhagie vaginale est peu abondante; la tumeur grosse comme un œuf d'oie, molle et élastique.

Laparotomie le 19 mai. A l'ouverture du ventre, on constate une grande quantité de liquide sero-sanguinolent et des caillots durs. La trombe et l'ovaire droits sont sains, l'utérus mou et augmenté de volume. Sur la trompe gauche, à quelques centimètres de l'ostium uterinum, il y a une dilatation comme un œuf d'oie. Pas d'adhérences péritonéales, l'ovaire est adhérent à la tumeur; après ligature, on les extirpe.

Immédiatement après l'opération, collapsus dont la malade se remet vite; convalescence favorable.

Examen des pièces : La cavité de l'œuf communique par l'extrémité frangée de la trompe, grosse comme une plume d'oie avec la cavité du péritoine. Pas traces de fœtus. L'hémorrhagie s'est faite par cette ouverture, car il n'y a aucune trace de rupture sur la trompe.

OBSERVATION XXVII

Avortement tubaire prolongé, par crises successives. Anémie progressive.
Guérison par opération.

Muret. Zeitsf. Geburts und Gynæck, 1893, p. 123.

Femme 25 ans, en novembre 1890, accouchement spontané, à terme, suites normales; en janvier 1891, retour des règles; elle éprouva alors des douleurs dans le bas-ventre : ovaires gros et douloureux, trompe droite épaissie. Guérison rapide.

Dernières règles, au milieu de mai 1892; le 3 juillet, subitement, en travaillant à la machine à coudre, violentes douleurs dans le côté droit du bas-ventre, qui s'irradiait vers le tarsum, vomissements, sensation de défaillance.

7 juillet. Nouvel accès de douleur et de vomissements.

11 juillet. Nouvel accès. Elle entre à la clinique. Examen : Pas d'anémie, température normale, pouls fort, colostium dans

les seins, ventre non tendu, souple, un peu sensible au-dessus de l'arcade de falloppe droite. Utérus mou, augmenté de volume, correspondant à un utérus gravide de deux mois. On sent les trompes de chaque côté.

Diagnostic : Grossesse au deuxième mois. S'agit-il d'une grossesse interne avec salpingite chronique ou d'une grossesse extra-utérine ?

14 juillet. Au milieu de douleurs violentes, de vertiges, de vomissements, se montre une légère hémorrhagie ; de l'orifice utérin ouvert est sorti une membrane qu'on reconnaît être une caduque sans villosités choriales. La malade est pâle, légère matité dans les deux flancs.

Les jours suivants, vertiges avec vomissements et douleurs ; à droite de l'utérus, tuméfaction plus grosse qu'un œuf de poule, molle, qui se perd dans la cavité de Douglas.

Les crises se répètent souvent et l'on peut bientôt constater une matité large comme la main au-dessus de la symphise et une tuméfaction molle dans le cul-de-sac rectovaginal. Il s'agit à n'en plus douter d'une hématocele due à une grossesse extra-utérine.

Dans le cours du mois suivant, plusieurs crises dont la malade se relève toujours. Cependant elle devient de plus en plus pâle et plus faible.

Le 20 août, nouvelle crise avec frissons et fièvre ; l'utérus est en avant et un peu à droite, la cavité de Douglas est remplie par une tumeur élastique qui fait saillie dans le vagin, s'étend jusqu'aux parois du bassin et remonte à l'ombilic. L'état de la malade est si mauvais que l'on se décide à une intervention toujours différée à cause du rétablissement rapide après chaque accès.

Laparotomie. L'épiploon et l'intestin sont adhérents avec le fonds de l'utérus qui dépasse la symphise. Après avoir détruit ces adhérences, on arrive sur une couenne épaisse, qui représente la paroi supérieure d'une tumeur remplissant tout le bassin et qui s'étend au loin par en haut. Il sort du sang noir par une petite déchirure. Comme la tumeur ne se laisse pas énucléer, on agrandit l'ouverture par laquelle on vide la poche

de ses caillots. Sur le côté droit de la poche, il y a une tumeur grosse comme une pomme, pédiculée. La trompe droite a été déchirée vers son milieu par les manipulations, sa moitié externe se perd dans la tumeur. On enlève la tumeur, la trompe et l'ovaire du côté droit. Lavage du péritoine, tampon de gaze, sutures.

Vers la fin de l'opération, collapsus, la malade est ranimée par des injections d'eau salée et de caféine. Elle sortit de l'hôpital le 30 septembre et eut ses règles sept semaines après.

Examen des pièces. La trompe normale en grosseur et en épaisseur, se dilate en un corps utriculaire gros comme un œuf de poule, dur, qui se termine en dehors par une ouverture large limitée par les franges, à tel point que le tout ressemble « à une tulipe supportée par son pédoncule ». La longueur du sac fœtal a 4 cm., sa hauteur 3 cm. 5; à la paroi supérieure du sac est un caillot ferme, gros comme un œuf de tourterelle et fortement adhérent; le caillot se continue par un thrombus noir qui fait saillie de l'orifice de la trompe à la façon d'un polype. En dedans la trompe se rétrécit si brusquement qu'on ne peut trouver qu'avec peine le point d'abouchement dans l'ampoule, qui est recouverte de caillots anciens et récents. Au point d'attache du caillot adhérent on constate au microscope des villosités choriales.

OBSERVATION XXVIII

Avortement tubaire. Hématocèle. Elytrotomie. Mort.

Zweifel, Arch. f. Gynæk. Bd. XII.

Femme de 29 ans, régulièrement réglée, mais règles abondantes et douloureuses. Les 18 et 19 mai 1890, apparition des règles qu'elle attendait depuis 14 jours. Dans l'après-midi du 19, douleur violente et subite à tel point qu'elle tomba sans connaissance et resta ainsi pendant une demi-heure. Jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 6 juin, l'hémorrhagie persista et elle dut garder le lit.

Etat à l'entrée : aucun signe de grossesse en dehors de colostrum dans les seins qui sont peu développés. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, tumeur élastique douloureuse au

toucher, qui remplit le petit bassin, déborde de chaque côté l'utérus et dépasse de deux travers de doigt la branche horizontale du pubis. Le col de l'utérus est élevé, pressé contre la symphise pelvienne. L'orifice est entr'ouvert, on ne peut sentir le corps de l'utérus dans la masse, ni les trompes, ni les ovaires. Depuis deux jours rétention d'urine. Par le catéthérisme on retire deux litres d'urine.

Le 14 juin, élytrotomie au thermocautère : on enlève une grande quantité de caillots, pas de fœtus ni de débris d'œufs, le sac est lavé et bourré avec la gaze iodoformée.

Suites opératoires bonnes jusqu'au 19, où la fièvre apparaît et les douleurs se montrent.

Le 20 juin, en faisant un lavage, perforation du cul-de-sac postérieur.

Le 23, mort par péritonite.

Autopsie : Péritonite purulente. Communication entre la cavité péritonéale et la cavité de Douglas. Suppuration du sac de l'hématocèle. La trompe gauche montre à son extrémité terminale une grosseur comme un œuf de poule, ferme et élastique. Par la section le canal est fortement élargi, on trouve une masse spongieuse avec une cavité petite et irrégulière, qui, au microscope, présente des villosités. L'infundibulum est ouvert.

OBSERVATION XXIX

Avortement tubaire. Guérison par opération.

Orthmann. Centralb. f. Gynæk, 1890, p. 244.

Femme de 33 ans, 4 enfants, le dernier il y a deux ans et demi. Dernières règles le 28 novembre 1889. Le 21 décembre, pertes sanguines avec douleurs dans le côté gauche. Elle devient de plus en plus faible ; le 21 janvier, elle perd connaissance, ce qui l'amène dans le service de Martin le 23 janvier.

A l'examen, on trouve à gauche de l'utérus, une tumeur tubo-ovarienne grosse comme une petite pomme.

Nouvelle perte de connaissance depuis son entrée.

Le 1^{er} février. Laparotomie : Péritoine plein de sang fluide

et coagulé. En attirant la tumeur il sort par l'orifice abdominal de la trompe un caillot ferme, gros comme un petit œuf de poule. On enlève la trompe et l'ovaire.

La malade sort guérie le 19 février.

Examen des pièces : Sur une coupe longitudinale de la trompe, on voit la partie interne très flexueuse avec deux fortes courbures, puis commence la cavité de l'œuf où se trouvait le caillot, en partie échappé dans la cavité abdominale. Il est évident que l'hémorrhagie dans le péritoine s'est faite par l'orifice abdominal de la trompe. Au microscope, il est aisé de reconnaître les villosités choriales et la caduque.

OBSERVATION XXX

Avortement tubaire, guérison par opération.

Robb. Centralb. für Gynæk. 1892, p. 813.

Jeune femme de bonne santé habituelle, réglée régulièrement, fut une fois sans voir, et 17 jours après l'époque présumée de ses règles, ressentit subitement des douleurs violentes et répétées dans le bas-ventre, avec défaillances, malaises et vomissements. Le lendemain, plusieurs de ces paroxysmes, durant chacun trois heures et s'accompagnant de nausées et de vomissements.

Ecoulement vaginal; les lèvres du col sont molles, de couleur bleue, l'utérus augmenté de volume et en antéflexion, il y a une masse très sensible au niveau de la trompe gauche et grosse comme un œuf de poule.

Diagnostic: grossesse tubaire avec rupture. Opération: Le sac fœtal est dans la terminaison des franges de la trompe; il y a environ un litre de sang liquide ou en caillot dans la cavité abdominale. On enlève le sac fœtal et la trompe, intimement adhérents l'un à l'autre. L'orifice abdominal de la trompe est ouvert, c'est par là que se fait l'hémorrhagie; il est comblé par un caillot sanguin et l'œuf s'était rompu à cet endroit.

Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXXI

Avortement tubaire.

Orthmann. Zeits. f. Geburts. und Gynæk. 1890, vol. XX, p. 143

Femme de 35 ans, réglée à 18 ans. Trois accouchements, le dernier il y a 2 ans. Dernières règles le 5 février 1888. Le 15 mars, hémorrhagie abondante qui dure depuis sans interruption. Entre à la polyclinique le 5 mai. Examen : col déchiré des deux côtés, poussé en avant derrière la symphise, surmontant une tumeur grosse, molle, qui remplit tout le petit bassin et a déterminé une fois de la rétention d'urine. On sent des pulsations sur la tumeur dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Même par examen sous le chloroforme, la tumeur est peu mobile, on ne peut délimiter le fonds de l'utérus qu'en avant.

Laparotomie le 9 mai. A l'ouverture du péritoine, l'épiploon est rouge de sang, il s'écoule un liquide sanglant, on isole la tumeur à droite et derrière l'utérus, il en sort une grande quantité de caillots, on enlève la trompe et l'ovaire droit. Nettoyage de la cavité abdominale, suture, pansement.

Examen des pièces : La tumeur est formée de la trompe et de l'ovaire, la trompe est grosse comme une pomme. L'extrémité abdominale est largement ouverte, il en sort un caillot solide, lâchement attaché aux franges, fortement adhérent à la paroi au centre du sac. La tumeur a un diamètre de 6 à 7 centimètres.

OBSERVATION XXXII

Rupture qui fait croire à des tentatives d'avortement. Mort.

Mashka. Wiener Mediz. Wochens., 1885.

Femme de chambre dans une famille de Prague et que ses maîtres croyaient très sage.

Le Dimanche 22 Mars 1885, elle sort sous prétexte d'aller voir une amie, et rentre souffrante le soir à sept heures : néanmoins elle peut achever son service.

Elle passe une très mauvaise nuit, et reste couchée le lendemain. Dans la matinée elle est prise de douleurs de ventre et survient une hémorrhagie par les parties génitales. Un médecin qui la visite à 4 heures du soir déclare qu'elle est enceinte de quatre mois. Cependant, sur ses récriminations et l'assurance qu'elle donne que l'hémorrhagie est justement due à ses règles, le médecin modifie son diagnostic et croit à une péritonite avec constipation. Dans la nuit elle se lève plusieurs fois et meurt à cinq heures du matin.

En apprenant sa mort, un amant qu'elle avait dans une ville voisine, vient déclarer qu'elle a dû succomber à une tentative d'avortement dont elle lui avait annoncé le projet dans une lettre, et dont il l'avait dissuadée.

A l'autopsie ordonnée par la justice, on trouve l'abdomen rempli de sang et des adhérences dans le péritoine. Au milieu de la cavité abdominale se présente la tête d'un fœtus ainsi qu'un placenta.

L'utérus mesure douze centimètres de long, neuf de large et ses parois ont trois centimètres d'épaisseur. Au fond et à droite de l'utérus on remarque dans les parois de cet organe une poche de la grosseur d'une orange et dans laquelle vient s'ouvrir la trompe droite. Cette poche est déchirée et par l'ouverture déchiquetée on pénètre dans la cavité utérine à laquelle adhèrent encore des lambeaux de caduque. On ne trouve aucune trace du corps du fœtus, ni aucune marque de violence ni sur la matrice ni sur les organes génitaux externes. On ne relève également aucune violence sur la tête du fœtus. Le lendemain de l'autopsie on retrouva le corps du fœtus dans la chambre de cette bonne; il ne portait également aucun signe de traumatisme.

On conclut à la rupture spontanée d'une grossesse interstitielle.

OBSERVATION XXXIII

Rupture simulant un empoisonnement. — Mort

Albu. Berlin. Klin. Wochensch., 1875.

Fille de 36 ans, n'ayant jamais eu d'enfant.

Le matin du 3 juillet est en très bonne santé et vient voir sa sœur. Vers cinq heures elle est prise de diarrhée, vomissements, douleurs abdominales et faiblesses, elle a l'aspect d'une cholérique.

Elle attribue ces accidents à une maladie d'estomac et à un retard de deux mois dans ses règles. Elle succombe le soir même. On croit à un empoisonnement parce qu'elle avait été diaconesse et vivait alors en concubinage.

A l'autopsie le 5 juillet, on trouve une masse de caillots et du sang liquide dans l'abdomen.

Utérus augmenté de volume et renfermant une caduque. Dans la trompe gauche on trouve une tumeur du volume d'une noisette perforée nettement. Dans cette tumeur se trouvait des restes de membranes d'œuf.

On conclut à une mort due à une rupture de grossesse tubaire.

OBSERVATION XXXIV

Rupture simulant un empoisonnement. Mort.

Gray. Lancet, 1879.

Femme de 26 ans, en parfaite santé, mère de 4 enfants, allaitant encore le dernier. Règles irrégulières depuis plusieurs mois. Les 4, 5 et 6 janvier 1879 apparaissent des hémorrhagies qu'elle prend pour ses règles. Le 6 janvier, douleur aiguë à l'estomac, rapidement disparue.

Le 7 janvier, à huit heures du soir, elle prend un peu de bouillon; à neuf heures, elle ressent dans le ventre une douleur suraiguë rapidement suivie de diarrhée et de vomissements; à onze heures, mort dans le collapsus. Le coroner, croyant à un empoisonnement, ordonne l'autopsie par un médecin-expert.

L'autopsie est faite le 12 janvier. Dans l'abdomen et le ventre on trouve deux quarts de sang (le quart vaut 1 litre 135). L'utérus est augmenté de volume, les ovaires normaux. Dans le ligament large droit on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix avec une déchirure du diamètre d'un pois. Cette tumeur est située dans la trompe, à un quart de pouce du pavillon. On ne put y trouver de fœtus, mais on y reconnut parfaitement des villosités.

CONCLUSIONS

La grossesse tubaire peut occuper tous les points de la trompe.

La trompe subit des modifications dans toute son étendue, mais surtout au point d'implantation de l'œuf qui sera le sac fœtal.

Il semble que les phénomènes qui se passent au niveau de l'œuf soient les mêmes dans la grossesse tubaire et la grossesse utérine : du côté de l'embryon, même développement ; du côté de la muqueuse, formation de caduque directe, de caduque intertubo placentaire et même de caduque réfléchie ; sa circulation est identique.

En même temps l'utérus augmente de volume et il s'y forme une caduque.

L'œuf peut mourir sans qu'il y ait rupture, il se ratatine et, avec le temps, se fait la *restitutio ad integrum* : l'hémorrhagie reste localisée à la cavité de la trompe : *hematosalpinx*.

Qu'une grossesse extra utérine aille à son terme sans que la paroi ne se rompe ; on ne peut le penser. Elle se rompt presque toujours dans les premiers mois avec des hémorrhagies redoutables, très souvent mortelles ; l'hémorrhagie est libre dans la cavité abdominale. Il y a parfois plusieurs crises consécutives de rupture.

Le fœtus peut continuer à vivre après la rupture ; il se développe dans la cavité abdominale, grossesse abdominale secondaire.

Quand le fœtus est mort, le danger de rupture n'est pas passé; il peut encore se faire au niveau du placenta des hémorrhagies qui la produiront. Le placenta augmente quelquefois de volume, le fœtus étant mort et même complètement disparu; cette augmentation de volume n'est pas due à une croissance active, mais à des dépôts sanguins qui se font entre lui et la paroi.

Si l'œuf est dans le pavillon, il peut être expulsé dans le péritoine par l'orifice abdominal, et constituer ce que l'on appelle l'avortement tubaire, où il y a toujours hémorrhagie plus ou moins abondante, avec symptômes simulant la rupture. C'est surtout dans ces cas que la maladie procède par accès; c'est une hémorrhagie à répétition. Ce processus semble moins grave que la rupture.

Si au lieu d'intéresser la partie de la trompe revêtue par le péritoine, la rupture se fait dans le meso-salpinx, le sang envahit le tissu cellulaire du ligament large, l'hémorrhagie s'arrête assez facilement et forme l'hématocèle sous-péritonéale.

Si dans ce cas le fœtus ne meurt pas, il peut ou non continuer à se développer dans le tissu cellulaire du bassin, grossesse sous-péritonéo-pelvienne, ou plus tard la grossesse se rompra dans le péritoine abdominal secondaire.

Vu par le Président de la Thèse,
TARNIER.

Vu :
Le Doyen
Dr BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

